

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Melle - Mme - M

Date de naissance :

Pour pratiquer cette activité, vous ne devez pas avoir de problème de santé qui risquerait d'être aggravé, ou favoriser un accident. En application de la réglementation fédérale (Obéissant à l'arrêté du 28 avril 2000 du Ministère de la Jeunesse et des Sports), il vous est demandé de remplir avec attention ce questionnaire. Si vous répondez « OUI » à l'une des questions, vous devez être examiné par un médecin pour évaluation des risques éventuels avant de pouvoir accéder à l'attraction.

Cette activité est contre indiquée durant la grossesse. Nous vous recommandons de faire soigner vos caries dentaires.

La consommation exagérée d'alcool et de produits illicites est incompatible avec la pratique de cette activité.

Cocher la case correspondante :

1. Avez vous été victime d'une surpression pulmonaire ou d'un accident de décompression ?

Oui Non

2. Êtes-vous atteint d'un handicap ?

Oui Non

3. Avez-vous eu ou avez vous :

Des problèmes cardiaques ou circulatoires ?

Oui Non

4.en particulier : - une hypertension artérielle même traitée ?

Oui Non

5. des pertes de connaissance à répétition ?

Oui Non

6. des problèmes respiratoires chroniques ?

Oui Non

7. une maladie asthmatique ?

Oui Non

8. un pneumothorax, un traumatisme thoracique ?

Oui Non

9. des problèmes de la sphère oto-rhino-laryngologique ayant entraîné des soins médicaux spécialisés

Oui Non

10. une mauvaise audition, une perforation tympanique ?

Oui Non

11.une sinusite ou une otite chronique ?

Oui Non

12. des vertiges ou des troubles de l'équilibre à répétition ?

Oui Non

13. des douleurs des oreilles dans l'eau, en avion ou en altitude ?

Oui Non

14. des problèmes psychiatriques ?

Oui Non

15. êtes vous suivi pour dépression ?

Oui Non

16. Avez-vous eu ou avez vous:des problèmes neurologiques ?

Oui Non

17. des crises d'épilepsie, traitées ou non ?

Oui Non

18. - des crises de « tétanie » ou de « spasmophilie » ?

Oui Non

19. un traumatisme crânien avec coma ?

Oui Non

20. une maladie métabolique ?

Oui Non

21. une maladie diabétique traitée ou non ?

Oui Non

22. une maladie endocrinienne ?

Oui Non

23. une affection tumorale ?

Oui Non

24. une hernie hiatale ou un reflux gastro-oesophagien ?

Oui Non

25.une affection des yeux : myopie sévère, anomalie de la cornée, problème de rétine ?

Oui Non

26. des problèmes dermatologiques chroniques ?

Oui Non

27. Prenez vous un traitement : pour le cœur, pour la tension, pour fluidifier le sang, à visée psychiatrique ou neurologique

Oui Non

28. Avez-vous déjà bénéficié d'une intervention chirurgicale ou endoscopique :

- sur le cœur, ou sur le thorax ?

Oui Non

- sur l'estomac ?

Oui Non

- sur les oreilles ou les sinus ?

Oui Non

- intra-crânienne ?

Oui Non

- sur les yeux (y compris au laser) ?

Oui Non

29. Bénéficiez-vous d'une interruption d'activité ou de travail depuis au moins 1 mois suite à une maladie ou à un accident ?

Oui Non

30. Devez-vous bénéficier d'un traitement médical long, d'une intervention chirurgicale ou endoscopique, d'une hospitalisation dans les 6 prochains mois ?

Oui Non

Je certifie avoir lu et compris les questions ci-dessus et pouvoir attester que mes réponses sont exactes.

Je reconnais avoir été averti (e) que toute déclaration inexacte engage ma responsabilité et dégage celle de Marineland.

Fait le

à

Signature :

(ou du parent ou tuteur s'il s'agit d'un mineur)

Avertissement

Attention : vous engagez votre responsabilité en cas de fausse déclaration, et votre signature datée certifie la véracité de la présente déclaration d'état de santé.