Année Universitaire 2026/2027

Questionnaire médical confidentiel
À fournir au plus tard le jour de la rentrée

Nom et prénom de l'étudiant(e) :

Inscrit(e) en (niveau et parcours à préciser) :

Date de naissance :

Veuillez répondre au questionnaire suivant en cochant la case correspondante.

Durant les 12 derniers mois :

Question 1	oui	non
Un Membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexpliquée ?	❍	❍

Question 2	oui	non
Avez-vous ressenti : une douleur dans la poitrine des palpitations, un essoufflement inhabituel, un malaise ?	❍	❍

Question 3	oui	non
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	❍	❍

Question 4	oui	non
Avez-vous eu une perte de connaissance ?	❍	❍

Question 5	oui	non
Avez-vous arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour raisons de santé , avez-vous repris sans l'accord du médecin ?	❍	❍

Question 6	oui	non
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	❍	❍

Question 7	oui	non
Portez-vous des lunettes ?	❍	❍

Informations complémentaires

Date de la vistie médicale obligatoire :

Date de l'ECG (électrocardiogramme) obligatoire :

Je certifie avoir lu et compris les questions ci-dessus et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés. Je reconnais avoir été averti(e) que toute déclaration inexacte engage ma responsabilité et dégage celle du médecin examinateur ainsi que celle de l'IFEPSA au sein duquel je vais pratiquer des activités physiques et sportives intensives.

Je m'engage à transmettre à l'assistante de formation de niveau concernée, dans les meilleurs délais, tout nouvel élement venant modifier les informations de ce questionnaire (élément transmis au médecin responsable).

Date

Signature