

Evaluation Préparticipation Physique

Date d'examen _____
 Nom _____ Sexe _____ Age _____ Date de Naissance _____
 Grade _____ École _____ Sport(s) _____
 Adresse _____ Phone _____
 Médecin traitant _____
En cas d'urgence, contact
 Nom _____ Parenté _____ Phone (D) _____ (B) _____

Entourez les questions dont vous ne connaissez pas les réponses. Expliquez les réponses « oui » dessous

	Oui	Non		Oui	Non
1. Avez vous eu une maladie ou une blessure depuis votre dernier contrôle ou lors d'activités sportives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Utilisez vous une protection spéciale ou un équipement de correction habituellement non utilisé pour votre sport (par exemple, attelle genou, collier cervical, chaussures orthopédiques, appareil dentaire ou aides auditives) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez vous été hospitalisé ? Avez vous eu une chirurgie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Avez vous eu des problèmes avec vos yeux ou votre vision ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Prenez vous actuellement des médicaments ou un inhalateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Avez vous eu une entorse, élongation ou un gonflement après une blessure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez vous pris des vitamines ou suppléments pour vous aider à prendre ou perdre du poids ou améliorer vos performance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez vous eu une fracture osseuse ou une luxation articulaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Êtes vous allergiques (par exemples, pollen, médicaments, aliments ou insectes) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez vous eu des problèmes de douleur ou gonflement des muscles, tendons, os ou articulations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez vous déjà eu des éruption (rash) pendant ou après un exercice ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tête		
5. Avez vous déjà eu durant ou après un exercice, des vertiges, douleurs de poitrine, fatigue anormale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coude		
Avez vous eu des palpitations ou arythmies cardiaques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cou		
Avez vous eu une pression artérielle élevée ou un haut cholestérol ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avant-bras		
Avez vous un souffle de coeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dos		
Un membre de votre famille est-il décédé d'un problème cardiaque, ou d'une mort subite avant 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poitrine		
Avez vous eu une infection virale sévère récemment (par exemple, myocardite ou mononucléose) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épaule		
Un médecin vous a-t-il déjà interdit ou limité votre participation sportive pour problèmes cardiaques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bras		
6. Avez vous des problèmes actuels de peau (par exemples, démangeaisons, éruptions, acné, verrues, champignon ou ampoules) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Man		
7. Avez vous déjà eu un traumatisme crânien ou un choc ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doigt		
Avez vous déjà été assommé, perdu connaissance ou perdu votre mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hanche		
N'avez vous jamais eu une SEIZURE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Si oui, cochez la case appropriée et expliquez dessous</i>		
Avez vous des maux de tête fréquents ou sévères ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Voulez vous vous peser plus ou moins qu'actuellement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N'avez vous jamais eu des fourmis ou engourdissements des bras, mains, jambes ou pieds ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voulez vous perdre régulièrement du poids pour avoir le poids requis pour votre sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez vous eu des lésions neurologiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Vous sentez vous 'stressé' ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. N'avez vous jamais été incommodé par les exercices en périodes de chaleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Noter les dates de vos plus récentes vaccinations pour :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Toussez-vous, râlez ou avez des difficultés à respirer pendant ou après l'activité sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tétanos _____ Rougeole _____		
Avez vous de l'asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatitis B _____ Varicelle _____		
Avez vous de allergies saisonnières nécessitant un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Femmes Seulement		
			16. Date de votre première période menstruelle ?		

			Date de vos dernières règles?		

			Combien de temps avez vous habituellement du début d'une période au début d'une autre ?		

			Combien de périodes avez vous eu l'année dernière ?		

			Quelle était le temps le plus long entre les périodes l'année passée? _____		
			Expliquer la réponse 'Oui' ici:		

Je déclare par la présente, qu'à ma connaissance, les réponses aux questions ci-dessus sont sincères et correctes.

Signature de l'athlète _____ Signature des parents _____
 Date _____

