

QUESTIONNAIRE HANDISPORT

Toute personne souhaitant faire un tandem doit être accompagnée

NOM :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Âge :

Poids :

Taille :

Pratique d'un sport : ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, Lequel :

INFORMATIONS MÉDICALES

Nom du Médecin traitant ou du Spécialiste :

Type de Handicap :

Mode de communication : ☐ Langage oral

☐ LSF

Particularités sensorielles :

Audition :

☐ Surdité

☐ Autre :

Vision :

☐ Cécité

☐ Autre :

Toucher :

☐ Hypersensibilité tactile

☐ Autre :

Antécédents :

☐ Fractures

Où :

☐ Traitements Médicamenteux

Lesquels :

☐ Autres :

Port de tête :

☐ Oui

☐ Non

Mobilité des bras :

☐ Oui

☐ Non

Douleurs présentes :

☐ Oui

☐ Non

Si oui, où :

Particularités à connaitre :

Equipements spécifiques :

☐ Sonde ☐ Pompe anti-douleur ☐ Poche de récupération ☐ Autre :

PETITS PLUS

Avez-vous déjà sauté en parachute ? ☐ Oui ☐ Non

Comment avez-vous connu le parachutisme handisport ?