

Questionnaire médical pour un vol en jet historique

CONFIDENTIEL lorsque rempli!

Nom, prénom, date de naissance:

Taille:

Poids:

Avez-vous, avez vous eu, souffrez vous ou avez vous souffert ...

OUI NON

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | de troubles cardiaques? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | de crampes, de paralysie? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | de pertes de connaissance ou de troubles y relatifs? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | de vertiges, d'évanouissements? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | de troubles respiratoires, d'asthme? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d'allergies, de maladies de la peau? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | de refroidissements fréquents, de sinusites? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | de troubles quelconques de nature nerveuse ou psychique? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | de troubles du dos ou des membres? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d'arthrite, de rhumatismes ou de troubles des articulations? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | de coliques ou de troubles de la digestion? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | de maladies infectieuses? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | de troubles gynécologiques? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | de maladies de l'air (nausées, vomissements, etc.)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d'autres pathologies importantes, opérations ou accidents? |

Remarques si nécessaire:

.....
.....
.....
.....

Lors des 6 derniers mois ...

OUI NON

- éprouvez vous des états de fatigue, de dépression?
- endurez vous des maux de tête fréquents et/ou forts?
- avez vous subi une narcose complète?
Si OUI, à quand remonte-t-elle?
- êtes vous actuellement enrhumé ou grippé?
- souffrez vous de troubles de décompression?
- avez vous des douleurs dans: les oreilles, dans les sinus, dans les dents?
- votre pression sanguine actuelle est-elle anormalement haute ou basse?
- avez vous des problèmes de digestion, de ballonnement?
- consommez vous aujourd'hui des médicaments, des somnifères, des
tranquillisants ou des stimulants?
- êtes vous enceinte?
- souffrez vous d'autres troubles, si OUI lesquels?

.....
.....

Etes-vous actuellement en bon état physique et psychique?

OUI NON

-

Si NON, pourquoi?

Je confirme, au mieux de ma connaissance et de ma conscience, que les informations ci-dessus sont exactes.

J'autorise l'exploitant (Espace Passion), en cas de doute de sa part, de demander l'avis de son médecin de confiance pour vérifier mon aptitude au vol, en tant que passager.

Lieu, date et signature: