République Tunisienne
Ministère de la Jeunesse
et des Sports
--- * ---
Centre National de la Médecine et des
sciences du sport

الجمهورية التونسية
وزارة الشباب و الرياضة
--*--
المركز الوطني للطب وعلوم الرياضة

استبيان صحي للفحص الطبي لتأهيل تعاطي الرياضة

الإسم و اللقب :.. تاريخ و مكان الولادة ....

الهاتف :.. العنوان :...

الرياضة المتعاطية :.. الجمعية المنتمي إليها :..

السوابق الصحية في العائلة :

- أمراض مزمنة في العائلة نعم △ لا △
  إذا كانت الإجابة نعم فهل هي : السكري △ ارتفاع ضغط الدم △ مرض آخر △
- هل هناك حالة وفاة فجئية نعم △ لا △

إذا نعم من هو .... مع ذكر السن عند الوفاة..............................

السوابق الصحية الشخصية :

- هل تعرضت إلى إصابة أثناء تعاطيك للرياضة : نعم △ إذا كانت الإجابة نعم فما هي :...

....

هل أصبت بمرض استوجب علاجك في المصحة أو المستشفى : نعم △ لا △ إذ كانت الإجابة نعم فما هو :..

هل أجريتعملية جراحية :نعم △ لا △ إذ نعم فما هي:..

هل تشكو من أي تعكر صحي حاليا :نعم △ لا △ إذ كانت الإجابة نعم فما هو:..

هل تتناول حاليا دواء أو أي علاج أو مكملات غذائية أو فيتامينات : نعم △ لا △ إذ كانت الإجابة نعم فما هو :..........................

....

هل تدخن نعم △ لا △ إذ كانت الإجابة نعم فما هو عدد السجائر في اليوم .... و مدة التدخين............................

أي معلومات أخري :..

....

----*--*--*--*--*--*--*--*--*

إني الممضي(ة) أسفله المذكور السيد(ة) ....صاحب(ة) بطاقة تعريف وطنية عدد......................

المسلمة بتاريخ.. ولي التلميذ(ة) .... أقر بأن كل التصريحات

المذكورة أعلاه صحيحة و أتحمل مسؤوليتي كاملة في حالة تعكر صحي منجر عن إخفاء معلومات صحيحة متعلقة بابني و إني أسمح له(ها) بإجراء

الفحوصات الطبية التأهيلية لشعبة الرياضة.

إمضاء الرياضي أو الولي
مع التعريف بالإمضاء

Avenue Mohamed Ali AKID BP 263 1004 El Menzah - Tel : *71 237 277 & 71 237 977* Fax : *71709789*