

**RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE LA CONDITION PHYSIQUE EN VUE
DE LA SÉLECTION DE PARACHUTISTE DE BASE**
(Protégé B lorsque rempli)

SECTION A : RENSEIGNEMENTS

Nom	Initiales	NM	Unité	CIU	Tél.
Grade	DDN (jour/mois/année)		Âge	Sexe	

SECTION B : QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA SANTÉ

Ce questionnaire vise à déterminer les personnes pour lesquelles il serait momentanément contre-indiqué de subir une évaluation de la condition physique ou d'entreprendre un programme progressif de conditionnement physique.

Au meilleur de votre connaissance :

1. Souffrez-vous d'un trouble médical qui vous empêche de subir une évaluation de la condition physique ou de participer à un programme de conditionnement physique progressif? Oui ___ Non ___
 2. Souffrez-vous périodiquement d'arthrite ou de tous autres maux des épaules, des coudes, des poignets, du pelvis, de dos, des hanches, des genoux, des chevilles ou des pieds qui vous empêchent de subir une évaluation de la condition physique ou de participer à un programme de conditionnement physique progressif ? Oui ___ Non ___
 3. Ressentez-vous une douleur, une oppression, une pression ou un serrement de la poitrine lorsque vous faites de l'exercice? Oui ___ Non ___
 4. Souffrez-vous d'étourdissements ou d'évanouissements lorsque vous faites de l'exercice? Oui ___ Non ___
 5. Avez-vous déjà souffert d'une crise cardiaque, d'un accident cérébrovasculaire ou d'autres problèmes cardiaques? Oui ___ Non ___
 6. Souffrez-vous de l'asthme, de la bronchite, de l'emphysème, du diabète, d'hypoglycémie, de l'épilepsie, d'hypertension artérielle ou du cancer? Oui ___ Non ___
 7. Êtes-vous enceinte ou croyez-vous l'être? Oui ___ Non ___
 8. Prenez-vous des médicaments (prescrits ou non prescrits) qui pourraient vous empêcher de subir l'évaluation de la condition physique? Oui ___ Non ___
- Si OUI, veuillez indiquer le nom des médicaments _____
9. Y a-t-il d'autres raisons pour lesquelles vous aimeriez consulter un médecin avant de subir l'évaluation de la condition physique ou de participer à un programme de conditionnement physique progressif? Oui ___ Non ___

J'AI LU, COMPRIS ET REMPLI CE QUESTIONNAIRE. ON A RÉPONDU À TOUTES MES QUESTIONS DE FAÇON SATISFAISANTE.

Signature du candidat Parachutiste : _____ **Date :** _____

OBSERVATIONS:

Difficulté à respirer au repos:	Oui	_____	Non	_____
Toux persistante:	Oui	_____	Non	_____
Malade ou avoir une fièvre:	Oui	_____	Non	_____
Enflure des membres inférieurs:	Oui	_____	Non	_____
A ignoré les directives préliminaire:	Oui	_____	Non	_____

SIGNES VITAUX :

Fréquence cardiaque au repos (b/min) : _____
Tension artérielle au repos : systolique : _____ diastolique : _____

SECTION C : RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

Tractions à la barre fixe : _____ (n ^{bre} faits)	Réussite	_____	Échec	_____
Redressements assis : _____ (n ^{bre} faits)	Réussite	_____	Échec	_____
Temps de la course de 1 mille : _____ (min/sec)	Réussite	_____	Échec	_____
Temps de la course navette de 600m : _____ (min/sec)	Réussite	_____	Échec	_____

A SATISFAIT AUX EXIGENCES MINIMALES DE CHACUN DES ÉLÉMENTS DE L'ÉVALUATION

Signature du moniteur de conditionnement physique et sports de l'ASPFC _____ **Oui ___ Non ___**
Date _____

Signature du candidat Parachutiste : _____ **Date** _____