



Questionnaire de santé

A remettre lors de votre inscription

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour pratiquer l'activité

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON *	OUI	NON
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS		
1) Un membre de votre famille est-il décédé d'une cause cardiaque ou inexplicée ?		
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A CE JOUR		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?		
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent à l'activité		

Pour les adultes :

Je soussigné(e) M / Mme
atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé ci-dessus **et avoir répondu PAR LA NÉGATIVE à l'ensemble des rubriques.**

Pour les mineurs :

Je soussigné(e) M / Mme, en ma qualité de représentant légal de
..... atteste sur l'honneur avoir renseigné
le questionnaire de santé ci-dessus **PAR LA NÉGATIVE à l'ensemble des rubriques.**

Pour les adultes et les mineurs :

Si vous avez répondu **OUI à une ou plusieurs questions**, vous devez nous fournir un certificat médical attestant de l'absence de contre-indications à la pratique du sport, établi auprès d'un médecin et datant de moins d'un an.

DATE : le

SIGNATURE :