

QUESTIONNAIRE DE SANTE ACTIVITES CORPORELLES (Randonnée, Yoga, Pilates, Gym, Danses,)

www.mpt-guelmeur.fr

Les démarches à effectuer pour les adhérents :

- Remplir le questionnaire de santé puis l'attestation fournis par l'association.
- S'il est mentionné «NON» à chacune des rubriques du questionnaire, redonner à l'association l'attestation ci-dessous remplie et signée.
- S'il est mentionné «OUI» à une ou plusieurs rubriques du questionnaire, la présentation d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'activité concernée est obligatoire, l'adhérent est invité à consulter un médecin en lui présentant le questionnaire de santé rempli.

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.
DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :

	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essouffement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.

(découper le coupon et le remettre lors de votre adhésion)

ATTESTATION

Je soussigné.e.....atteste avoir rempli le questionnaire de santé.

J'ai répondu NON à chacune des rubriques du questionnaire

Dans le cas où l'adhérent.e concerné.e est mineur.e (Nom/ Prénom de l'enfant.....)
NOM et prénom du représentant légal.....

A Brest,

Le/...../20.....

Signature de l'adhérent.e ou de son représentant légal