

## QUESTIONNAIRE DE SANTE 2024-2025 (activités sportives et de bien-être)



Ce questionnaire de santé vous permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'activité sportive concernée

Répondez aux questions suivantes pour OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?		
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) ?		
<b>A ce jour</b>		
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 ?		

<b>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :</b>
Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire signé

### ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE

Je soussigné Mme, M. (Nom et prénom de l'adhérent-e) :

.....

atteste avoir rempli le questionnaire de santé.

J'ai répondu NON à chacune des rubriques du questionnaire.

A .....

Le ...../...../.....

Signature :