

QUESTIONNAIRE DE SANTE

2025-2026



NOM :

PRENOM :

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour pouvoir faire votre activité, ce questionnaire est et les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.

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 subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
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 ou des pertes 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 votre seule responsabilité		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez avoir répondu **NON** à toutes les questions lors de votre inscription

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions

Certificat médical à fournir de moins de trois mois

Je soussignée Mme* Mr

Atteste avoir pris connaissance de ce questionnaire et en est la seul* ou seule* responsable aux réponses données.

Fait le : A :

Signature

*Rayer la mention inutile