

QUESTIONNAIRE DE SANTE

POUR LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE SPORTIVE

Date :
Nom :
Prénom :
Activité(s) :

Cochez les cases dans l'affirmative :

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS

- Un membre de votre famille est décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée
- Vous avez ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise
- Vous avez eu une épisode de respiration sifflante (asthme)
- Vous avez eu une perte de connaissance
- Vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé et avez repris sans l'accord d'un médecin
- Vous avez débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies)

A CE JOUR

- Vous ressentez 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
- Votre pratique sportive est interrompue pour des raisons de santé
- Vous avez besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions :
vous n'avez pas de certificat médical à fournir

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :
un certificat médical est à fournir (présentez à votre médecin ce questionnaire renseigné)