

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour pratiquer votre 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 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 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 NEGATIVE 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 NEGATIVE 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 :