



Date :

13 Avenue des Ecoles, 08310 Juniville

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Répondez aux questions suivantes en cochant les cases oui et non*.

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS		OUI	NON
1	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
2	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 ?		
3	Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
4	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (Asthme) ?		
5	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
6	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
ACTUELLEMENT			
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) survenue 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 du participant.*

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement, chargez cette fiche remplie sur votre espace client.

Si vous avez répondu OUI à au moins une des questions :

Un certificat médical sera à fournir impérativement et à charger sur votre espace client.

NOM & Prénom :

Date :

Signature du participant :