

Questionnaire de santé

Association ALL IN MOVE Noyelles-lès-Vermelles

Nom et prénom :

Date de naissance :

Cours pratiqués dans l'association :

Entourez Oui ou Non

1. Au cours des 12 derniers mois, un médecin vous a-t-il déconseillé la pratique d'une activité physique ou sportive ?

Oui - Non

2. Ressentez-vous des douleurs dans la poitrine ou un essoufflement inhabituel à l'effort ?

Oui - Non

3. Avez-vous perdu connaissance, ou eu des sensations de malaise (vertiges, syncope) au cours de l'année passée ?

Oui - Non

4. Suivez-vous actuellement un traitement médical de longue durée ?

Oui - Non

5. Avez-vous été hospitalisé(e) ou opéré(e) dans les 12 derniers mois ?

Oui - Non

6. Souffrez-vous d'une maladie chronique (cardiaque, respiratoire, diabète, épilepsie, etc.) ?

Oui - Non

7. Votre médecin vous a-t-il recommandé un suivi particulier pour la pratique sportive ?

Oui - Non

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Vous pouvez participer aux activités proposées par l'association sans certificat médical.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Nous vous demandons de fournir un certificat médical d'aptitude à la pratique sportive, afin de garantir votre sécurité.

Déclaration sur l'honneur :

Je soussigné(e), déclare avoir répondu en toute sincérité à ce questionnaire et m'engage à informer l'association de toute modification de mon état de santé.

Date et signature :

