QUESTIONNAIRE SANTE

POUR LA PRATIQUE DES ACTIVITES CLUB 2026/2027

FAMILLES RURALES DE CHARQUEMONT

Merci de répondre à toutes les questions :

NOM : …… **PRENOM** : ……

Date de Naissance : ……. /…….. /……

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour pratiquer une activité sportive.

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 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.*

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :
Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :
Vous n'avez pas de certificat médical à fournir. Complétez et signez l'attestation ci-dessus et joignez là au dossier d'inscription. Conservez le questionnaire.

Je soussigné (responsable légal si mineur) : _____ certifie l'exactitude des données renseignées ci-dessus.

Fait le : _____ à : _____

Signature