

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ **-MAJEUR-**

VENDÉE

**Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir  
un certificat médical pour l'inscription de votre activité au sein de l'association Familles Rurales.**

**Si vous aviez fourni un certificat médical en 2023/2024 ou 2024/2025**

Répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**.

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :	OUI	NON
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 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) ?		

À CE JOUR :	OUI	NON
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 REPOUNDU NON A TOUTES LES QUESTIONS**

Vous n'avez pas de certificat médical à fournir.

Compléter et signer l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez).

### **SI VOUS AVEZ REPOUNDU OUI A UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :**

Il est nécessaire de consulter un médecin afin d'obtenir un certificat médical. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.



Partie à découper

### **ATTESTATION DE SANTE POUR VOTRE INSCRIPTION 2025/2026**

Je soussigné, ..... atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

À ..... ,  
le .....

Signature du pratiquant ou de son représentant légal.