

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ -MAJEUR-

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 2024/2025 ou 2025/2026

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 inexplicable ? | | |
| 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 REPONDU 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 REPONDU 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 2026/2027

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.