

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Adultes - 18 ans et plus

CONFIDENTIEL

Cochez une seule réponse par question.

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) ? | ☐ | ☐ |

À 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 ? | ☐ | ☐ |

Important : les réponses relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.

TOUT EST NON

Vous pouvez démarrer votre saison sportive. Pour toute question sur votre santé, parlez-en à votre médecin.

AU MOINS UN OUI

Consultez votre médecin et montrez-lui vos réponses avant de commencer votre saison sportive.

NOM

PRÉNOM

DATE

LIEU

SIGNATURE