



Questionnaire de santé

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.
DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :

OUI NON

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Avez-vous arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.

Si vous avez répondu oui à une seule des questions, vous devez faire établir un nouveau certificat médical, même si le dernier certificat date de moins de 3 ans.

✂

Attestation de réponse au questionnaire de santé lors de la demande de renouvellement d'adhésion

Attestation pour les pratiquants majeurs :

Je soussigné M/Mme atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir :

◆ répondu NON* à toutes les questions ; je fournis cette attestation à mon association lors de mon renouvellement d'adhésion.

◆ répondu OUI* à une ou plusieurs questions ; je fournis un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la danse country et line danse lors de mon renouvellement d'adhésion.

*Rayer la mention inutile

Date :

Signature :