



Questionnaire de santé – Personne majeure

À remplir par le sportif lui-même

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / ____

Répondez par OUI ou NON aux questions suivantes :

1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un problème de santé vous ayant empêché de pratiquer une activité physique pendant plus d'une semaine ?
 OUI NON
2. Avez-vous été hospitalisé ou subi une intervention chirurgicale au cours des 12 derniers mois ?
 OUI NON
3. Ressentez-vous une douleur ou une gêne à la poitrine pendant l'effort ou au repos ?
 OUI NON
4. Avez-vous des palpitations, des malaises ou des pertes de connaissance inexplicables ?
 OUI NON
5. Prenez-vous actuellement un traitement médical sur ordonnance (autre qu'un contraceptif) ?
 OUI NON
6. Avez-vous un problème de santé chronique (asthme, diabète, hypertension, etc.) ?
 OUI NON
7. Avez-vous eu une blessure (entorse, fracture, luxation...) au cours de la dernière année ?
 OUI NON
8. Votre condition physique actuelle vous semble-t-elle insuffisante pour la pratique de votre sport ?
 OUI NON
9. Avez-vous eu des troubles psychologiques ayant nécessité un suivi ou traitement médical ?
 OUI NON
10. Avez-vous une contre-indication médicale connue à la pratique du sport ?
 OUI NON

Si vous avez répondu **NON à toutes les questions**, vous pouvez attester avoir répondu au questionnaire

Si vous avez répondu **OUI à une ou plusieurs questions**, un **certificat médical est obligatoire** avant de pratiquer et créer votre licence.



Attestation sur l'honneur (si aucun "OUI" n'a été coché)

Je soussigné(e), _____, certifie avoir répondu **non à toutes les questions** du questionnaire de santé.

Fait le : __ / __ / ____

Signature : _____