

Questionnaire santé

Nom Prénom :

S'il vous plaît, répondez soigneusement et honnêtement à ces 6 questions : cochez Oui ou Non	OUI	NON
1) Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, D'une d'hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une autre maladie chronique		
2) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
3) Ressentez-vous une douleur à la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, une fatigue intense au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité physique ?		
4) Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissements ou avez- vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois ?		
5) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?		
6) 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 ?		

Si vous avez **répondu non** à toutes les questions merci de cocher la case correspondante sur votre fiche d'inscription. Si vous avez **répondu oui** à une ou plusieurs questions, vous devez consulter votre médecin afin qu'il vous délivre un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive et remettre ce certificat à l'association. Le certificat doit daté de moins de 6 mois.