

## QUESTIONNAIRE DE SANTE

*Durant les douze derniers mois (rayez les mentions inutiles) :*

1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	OUI	NON
2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	OUI	NON
3	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	OUI	NON
4	Avez-vous eu une perte de connaissance ?	OUI	NON
5	Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	OUI	NON
6	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	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.) survenu durant les 12 derniers mois ?	OUI	NON
8	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	OUI	NON
9	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	OUI	NON

✂-----  
Je soussigné (e) Mme, M. ....

Pour l'inscription de l'élève .....

*Déclare :*

- avoir été informé que les réponses formulées au questionnaire de santé relèvent de ma seule responsabilité ;
- avoir répondu NON aux 9 items du questionnaire de santé.

(Signature)

## QUESTIONNAIRE DE SANTE

*Durant les douze derniers mois (rayez les mentions inutiles) :*

1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	OUI	NON
2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	OUI	NON
3	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	OUI	NON
4	Avez-vous eu une perte de connaissance ?	OUI	NON
5	Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	OUI	NON
6	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	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.) survenu durant les 12 derniers mois ?	OUI	NON
8	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	OUI	NON
9	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	OUI	NON

✂-----  
Je soussigné (e) Mme, M. ....

Pour l'inscription de l'élève .....

*Déclare :*

- avoir été informé que les réponses formulées au questionnaire de santé relèvent de ma seule responsabilité ;
- avoir répondu NON aux 9 items du questionnaire de santé.

(Signature)