

QUESTIONNAIRE DE SANTE - SPORT ADULTES

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour votre inscription annuelle à Top Forme.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille lié par le sang 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 durant un effort ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance brutale, au repos ou à l'effort ?	☐	☐
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 nouveau traitement médical de longue durée dans les 12 derniers mois (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
8) Votre état de santé vous empêche-t-il de pratiquer un sport à ce jour ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐

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

NOM : Prénom :

☐ J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions. Je peux m'inscrire à Top Forme.

☐ J'ai répondu OUI à une ou plusieurs questions : je fournis un certificat médical daté à partir de juin de l'année sportive en cours.

Le, Signature :