



# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR PERSONNE MAJEURE

Année 2026/2027

## Durant les douzes derniers mois :

|                                                                                                                  | OUI                      | NON                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante ? (asthme)                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu une perte de connaissance ?                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous arrêter le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé ?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous repris sans l'accord d'un medecin ?                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## À ce jour :

|                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
| Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**SI VOUS AVEZ REPONDU OUI À UNE QUESTION UN CERTIFICAT MÉDICAL SERA OBLIGATOIRE.**

**SI VOUS REPONDU NON À UNE QUESTION UNE ATTESTATION SUR L'HONNEUR EST À REMPLIR.**

Nom/ Prénom :

À :                      Le :     /     /

Signature :