



Questionnaire de santé annuel

ce questionnaire de santé vous permet de savoir
dans quelle mesure vous pouvez reprendre une activité physique
et si vous devez fournir un nouveau certificat médical

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Nom, prénom et téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence :

.....

Durant les 12 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"/>
Si vous avez arrêté l'activité physique pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<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"/>

A ce jour	oui	non
ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
votre pratique physique 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 répondu Non à toutes les questions : bienvenu aux prochaines séances d'activité physique
Si vous avez répondu Oui à une ou plusieurs questions : consultez votre médecin et demandez lui un
certificat médical de non contre indication à la pratique

Fait le : à
signature