



# BULLE D'AIR

Date : .....

Association Sport Santé - 19 rue du drac - 38120 St Egrève

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Répondez aux questions suivantes en cochant les cases oui et non.\*

Oui Non

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS			
1	Avez-vous débuté un traitement médical longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies)		
2	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 ?		
3	Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
4	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (Asthme) ?		
5	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
6	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?		
ACTUELLEMENT			
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.) survenue durant les 12 derniers mois ?		
8	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

*\*Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du participant.*

NOTICE ET FONCTIONNEMENT DE CE QUESTIONNAIRE	
Si vous avez répondu <b>NON</b> à toutes les questions.	Si vous avez répondu <b>OUI</b> à au moins une des questions.
Demandez à votre praticien si un certificat médical est nécessaire pour commencer les activités avec lui. Chargez cette fiche remplie sur votre fiche participant.	<b>Un certificat médical sera à fournir impérativement.</b> Consultez un médecin et présentez-lui ce document. Puis chargez le certificat sur votre fiche participant.

Nom & Prénom : .....

Date : .....

Signature du participant
--------------------------