



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR ADULTE

Conformément à la nouvelle réglementation, merci de répondre au questionnaire de santé suivant et de le remettre à l'accueil du DOJO lors du premier cours. Ce dernier permet de savoir **si vous devez fournir un certificat médical** pour cette saison.

Je soussigné(e) NOM / Prénom : **Né(e) le :** __ / __ / ____

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.	OUI	NON
DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À CE JOUR :		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rappel : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du signataire.		

➤ **Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Pas de certificat médical à fournir. *Merci de nous rendre ce questionnaire rempli et signé à l'accueil.*

➤ **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Certificat médical à fournir. *Consultez un médecin généraliste ou spécialiste et présentez-lui ce questionnaire renseigné.*

Fait à :

Date :

Signature