

# QUESTIONNAIRE de SANTÉ

TEMPSDANSE PIGNAN

SAISON 2023-2024

ADHÉRENT Nom

Prénom :

	En cas d'adhérent mineur, c'est à son représentant légal de répondre au nom de l'enfant. Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON. Durant les 12 derniers mois.. ?	OUI / NON
1	Un membre de votre famille (père, mère, frère, <del>sœur</del> ) est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
3	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
4	Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
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="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>A ce Jour</b>		
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="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
8	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
9	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

**Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent majeur ou de son représentant légal**

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

Il n'est pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de la Danse . Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de votre inscription.

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

Il vous faut fournir un nouveau certificat médical. Consulter un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné. Le certificat médical pour être valable doit mentionné : "n'avoir constaté à ce jour aucune contre- indication à la pratique de la Danse"

## ATTESTATION

Je soussigné(e) NOM..... PRÉNOM.....

Représentant légal de NOM.....PRÉNOM.....

Déclare avoir précédemment fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans à ce jour et atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé ci-dessous.

Je sais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de l'association ne pourra être recherchée.

Date et Signature du titulaire ou du représentant légal

Le..... à .....