



**TEMPS DANSE PIGNAN  
QUESTIONNAIRE de SANTÉ**

**Nom et prénom de l'adhérent:**

► 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... ?**

1-	Un membre de votre famille (père, mère, frère, sœur) est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2-	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ? Oui Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3-	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? Oui Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4-	Avez-vous eu une perte de connaissance ? Oui Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6-	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>A ce jour</b>		
6-	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8-	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9-	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 attestez en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de votre inscription.

► **Si vous avez répondu OUI** à une ou plusieurs questions : Il vous faut fournir un 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**

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

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 de son représentant légal**

