QUESTIONNAIRE de SANTE - Adhérents ADULTES

L'exercice physique pratiqué de façon régulière constitue une occupation de loisir saine et agréable. Beaucoup de personnes devraient augmenter leur niveau d'activité physique au quotidien, et ce tous les jours de la semaine. Mener une vie active est bénéfique pour la santé de tous.
Ce questionnaire vous dira, s'il est nécessaire pour vous, de consulter un médecin, afin d'établir l'absence de contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives.

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Répondez soigneusement et honnêtement par OUI ou NON	**oui**	**non**
Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une autre maladie chronique		
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
Ressentez-vous une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, une fatigue intense au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité physique ?		
Eprouvez vous des pertes d'équilibre liés à des étourdissements, ou avez-vous eu perdu connaissance au cours des 12 derniers mois ?		
Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?		
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 ?		

NB **Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié**.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

ATTESTATION ci-dessous à compléter et signer

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

CERTIFICAT MEDICAL à fournir. (moins de 6 mois)
Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

✂✂✂✂----------✂✂✂✂

A DECOUPER et retourner à l'association (ou recopier)

ATTESTATION EN VUE de l'OBTENTION ou du RENOUVELLEMENT d'une LICENCE à SANTE VITALITE

Je soussigné(e)**Prénom NOM** ……

né(e) le ……

certifie avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Saison sportive **2026/2027** club **SANTE VITALITE Au Jardin de la Forme, l'Isle Jourdain**

A …… Le ……

Signature