



# Questionnaire de santé pour le renouvellement de l'adhésion Saison 20\_\_ - 20\_\_ à l'association DANSE D'LIRÉ (personnes majeures)

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

Questionnaire Santé - Sport rempli le :.....

Nom, Prénom :.....

Date de naissance : .....

**RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON, DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :**

	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<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"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**À ce jour :**

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"/>

**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.**

✂-----

**Attestation santé pour le renouvellement d'adhésion DANSE D'LIRÉ pour l'année 20\_\_ - 20\_\_**

Je soussigné : Nom, prénom du licencié .....

Date de naissance : ....., atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé.

À ....., le.....

Nom, prénom et signature du pratiquant