

Questionnaire de santé 2026/2027

Ce questionnaire de santé vous permet d'évaluer la nécessité d'une consultation médicale pour poursuivre votre activité. **Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.**

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non	OUI	NON
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
5) Êtes-vous enceinte ?		
6) Fumez-vous régulièrement (tabac, cannabis, autres drogues) ?		
7) Consommez-vous régulièrement de l'alcool ?		
8) Souffrez-vous d'une maladie chronique ?		
9) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée {hors contraception et désensibilisation aux allergies} ?		
10) 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)		
11) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions

Nous vous conseillons de consulter votre médecin pour avoir son avis sur la poursuite de votre pratique.



ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE

A JOINDRE LORS DE LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE VOTRE LICENCE

Attestation pour les pratiquants majeurs : Je soussigné M/Mme.....

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir :

- Répondre NON* à toutes les questions ; je fournis cette attestation à mon club lors de mon renouvellement de licence.
- Répondre OUI* à une ou plusieurs question(s) ; je fournis un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive lors de mon renouvellement de licence.

Date et signature :