

## Questionnaire de santé pour la pratique d'une activité sportive

Nom, prénom : .....

Activité(s) pratiquée(s) : .....

Répondez à toutes les questions suivantes par OUI ou par NON :

|   | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| <b>Durant les 12 derniers mois...</b>   |     |     |
| Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou de façon inexpliquée ?   |     |     |
| Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?  |     |     |
| Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?   |     |     |
| Avez-vous eu une perte de connaissance ?  |     |     |
| 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 ?  |     |     |
| Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?  |     |     |
| <b>À ce jour...</b>   |     |     |
| Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux ou musculaire (fracture, entorse, déchirure, tendinite...) survenu durant les 12 derniers mois ? |     |     |
| Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?  |     |     |
| Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?  |     |     |

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du pratiquant.

- Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un certificat médical. Présentez lui ce questionnaire renseigné.
- Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir (validité 3 ans). Complétez et signez l'attestation ci-dessous.

### Attestation santé pour une activité MJC pour l'année 2023-2024

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive : .....

Délivré à (nom, prénom, date de naissance) : .....

Je soussigné, ....., atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé.

À ....., le .....

Signature du pratiquant  
ou de son représentant légal :