



FICHE DE PARTICIPATION ADULTE

Nom et prénom :Date de naissance :

Adresse :Téléphone :

E-mail :

Questionnaire de santé (12 derniers mois)

- 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? OUI NON
- 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? OUI NON
- 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? OUI NON
- 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? OUI 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 ? OUI NON
- 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? OUI NON
- 7) Ressentez-vous une douleur ou une gêne suite à un problème osseux ou articulaire récent ? OUI NON
- 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?
 OUI NON
- 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?
 OUI NON

☞ Si vous répondez OUI à l'une de ces questions, un certificat médical est nécessaire.

Déclaration et engagement

Je soussigné(e), atteste avoir répondu personnellement à ce questionnaire de santé en toute honnêteté.

Je certifie ne présenter aucune contre-indication médicale à la pratique d'activités physiques et sportives à visée de loisir.

Droit à l'image

J'autorise les organisateurs à prendre et utiliser des photos/vidéos de moi à des fins de communication : OUI NON

Engagement et signature

Fait à le

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »: