



VILLE D'AIRE SUR L'ADOUR

SERVICE MUNICIPAL DES SPORTS

Tél : 05.58.71.47.13 | Mail : accueil.sports@aire-sur-adour.fr

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ADULTE PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON *

QUESTIONS	OUI	NON
SECTION 1 : DURANT LES 12 DERNIERS MOIS		
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou 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) ?	☐	☐
SECTION 2 : À CE JOUR		
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 ?	☐	☐
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
PENSEZ-VOUS AVOIR BESOIN D'UN AVIS MÉDICAL POUR POURSUIVRE VOTRE PRATIQUE SPORTIVE ?	☐	☐

* NB : Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU « NON » À TOUTES LES QUESTIONS :

→ **Pas de certificat médical à fournir.** Veuillez remplir et signer l'attestation de santé présente dans la fiche d'inscription.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI » À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

→ **Certificat médical obligatoire.** Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné afin qu'il puisse délivrer votre certificat.

DOCUMENT CONFIDENTIEL — À CONSERVER