



## AUTO-QUESTIONNAIRE SANTE POUR REINSCRIPTION : 2025/2026

Ce questionnaire de santé est un document rempli comme une « Déclaration d'honneur »  
Nous comptons sur votre honnêteté. Merci.

Veillez répondre, aux questions suivantes, par : **OUI** ou par **NON**.

**Durant les 12 derniers mois :**

- |   | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, 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 ?<br>(hors contraception ou désensibilisation aux allergies)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**A ce jour :**

- |  | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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..) survenue 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 données relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.**

Si vous répondez « **NON** » à toutes les questions, ce questionnaire sera simplement à conserver.

Si vous avez répondu « **OUI** » à une ou plusieurs questions de ce questionnaire, vous devez consulter un médecin, et, lui présenter le document.

Fait à :

le :

Signature