

# Questionnaire de santé

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour la pratique d'activités physiques.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</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, un 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 (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</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...) survenu 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 formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.**

## Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues, avoir répondu NON à toutes les questions lors de l'inscription à des activités physiques.

## Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présenter-lui ce questionnaire renseigné.



Année  
ASCRA  
2024 / 2025

## ATTESTATION POUR LES PRATIQUANTS MAJEURS

Je soussigné(e), Mme / M

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir

- Répondi NON à toutes les questions; je fournis cette attestation à mon club lors de mon inscription à une activité physique.
- Répondi OUI à une ou plusieurs question(s); je fournis un certificat médical de non contre-indication à la pratique d'une activité physique lors de mon inscription à une activité physique.

DATE et SIGNATURE

Ce document est initié par le gouvernement et est utilisé par les fédérations sportives et les associations proposant des activités physiques et sportives.