



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LES MAJEURS

Pratique d'une activité sportive au sein du **FOYER RURAL DE LA DESTROUSSE**

Note à l'adhérent : ce questionnaire est strictement confidentiel.

L'Association n'a pas à en connaître le détail.

Vous devez uniquement lui remettre l'Attestation sur l'honneur située en bas de page (ou un certificat médical si vous répondez OUI à une question).

I. LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

- Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? (OUI / NON)
- Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise au cours des 12 derniers mois ? (OUI / NON)
- Prenez-vous un traitement régulier pour le cœur, la tension artérielle ou le cholestérol ? (OUI / NON)
- Avez-vous eu une douleur articulaire ou musculaire apparue au cours des 12 derniers mois qui vous empêche de pratiquer une activité sportive ? (OUI / NON)
- Un médecin vous a-t-il déjà interdit la pratique du sport ? (OUI / NON)
- Êtes-vous actuellement enceinte ou avez-vous accouché au cours des 3 derniers mois ? (OUI / NON)
- Avez-vous eu une maladie grave ou avez-vous été hospitalisé au cours des 12 derniers mois ? (OUI / NON)
- Pensez-vous qu'il existe une autre raison médicale qui pourrait vous empêcher de faire du sport ? (OUI / NON)

----- Cadre à découper et à remettre à l'association -----

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), Madame / Monsieur,

- Nom de famille :
- Prénom :
- Date de naissance : / /

Atteste sur l'honneur que :

☐ J'ai rempli personnellement le questionnaire de santé ci-dessus.

☐ J'ai répondu NON à l'ensemble des questions. En conséquence, l'obtention d'un certificat médical n'est pas requise pour mon inscription.

Attention : Si vous avez répondu OUI à au moins une question, cette attestation ne peut pas être signée. Vous devez obligatoirement fournir un certificat médical de non-contre-indication datant de moins de 6 mois.

Fait à, le / / 2026

Signature de l'adhérent(e) majeur(e) :