

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Saison 2026 – 2027



Merci de répondre aux questions suivantes par oui ou par non *

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Nom & Prénom de l'élève

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :

OUI

NON

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. Avez-vous arrêté le sport pendant 30 jour ou plus pour des raisons de santé et avez-vous repris sans l'accord de votre médecin ? ☐ OUI ☐ NON
6. Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? ☐ OUI ☐ NON

À CE JOUR :

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 douze derniers mois ? ☐ 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 avez répondu **OUI à une seule de ces questions**, vous devez faire établir un certificat médical, même si le dernier date de moins de 3 ans.

*les réponses formulées relèvent de votre propre responsabilités