



QUESTIONNAIRE DE SANTE

Répondez aux questions par OUI ou NON	OUI	NON
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS		
1- Un membre de votre famille est elle décédée d'une cause cardiaque inexpliquée ?		
2- Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3- Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante ?		
4- Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
5- Si vous avez arrêté le sport pendant 30 j ou plus pour des raisons de sante, avez-vous repris avec l'accord du médecin ?		
6- Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A 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 12 derniers mois ?		
8- Votre pratique sportive a-t-elle été interrompue pour des raisons de santé ?		
9- Pensez vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		
NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié		

Questionnaire de sante publié par l'arrêté du 20 /04/2017 relatif au questionnaire exigé pour la pratique d'un sport

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions : pas de certificat à fournir

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions : vous devrez fournir un certificat médical

Je soussigné(e) (NOM et PRENOM).....atteste
avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire sante publié le 20/04/2017, lors de mon
inscription pour la saison 2026-2027 aux **ateliers de HIP HOP de l'Association FACTORY DANCE**

A

Le :

Signature :