

# QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom :

Prénom :

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat.

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :

1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?

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 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ? OUI NON

6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? OUI NON

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 ? OUI NON

9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique de danse country ?

OUI NON

**Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions :** Pas de certificat médical à fournir. Cependant, il faudra compléter l'attestation sur l'honneur.

**Si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs questions :** Certificat médical à fournir