



## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LES MAJEURS

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

***Veillez répondre aux questions suivantes par oui ou non. Toute réponse positive nécessitera un certificat médical récent pour participer aux activités de la section fitness.***

1. Ressentez-vous une douleur thoracique à l'effort ou au repos ?  
 OUI     NON
2. Avez-vous des palpitations ou un rythme cardiaque irrégulier ?  
 OUI     NON
3. Avez-vous déjà perdu connaissance sans explication ?  
 OUI     NON
4. Ressentez-vous un essoufflement inhabituel à l'effort ?  
 OUI     NON
5. Avez-vous des douleurs ou des blessures aux muscles ou articulations (ex. genoux, hanches) ?  
 OUI     NON
6. Suivez-vous actuellement un traitement médical régulier ?  
 OUI     NON
7. Avez-vous des antécédents personnels ou familiaux de maladie cardiaque ?  
 OUI     NON
8. Êtes-vous sujet(te) à des allergies graves, notamment en lien avec l'activité physique ?  
 OUI     NON
9. Souffrez-vous d'une affection chronique qui pourrait affecter votre pratique sportive ?  
 OUI     NON

***Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, veuillez consulter un médecin pour obtenir un certificat médical d'aptitude.***

Signature de l'adhérent : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

---

## 2. Questionnaire de Santé pour les Mineurs

### Questionnaire de Santé - Section Fitness (pour les Mineurs)

Nom du mineur : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom du représentant légal : \_\_\_\_\_

Veillez répondre aux questions suivantes par oui ou non. Toute réponse positive nécessite un certificat médical récent pour l'inscription de l'enfant aux activités de la section fitness.

1. Votre enfant a-t-il des douleurs thoraciques à l'effort ou au repos ? \_\_\_ Oui \_\_\_ Non
2. A-t-il des palpitations ou un rythme cardiaque anormal ? \_\_\_ Oui \_\_\_ Non
3. A-t-il déjà perdu connaissance sans raison apparente ? \_\_\_ Oui \_\_\_ Non
4. Présente-t-il un essoufflement inhabituel à l'effort ? \_\_\_ Oui \_\_\_ Non
5. A-t-il des douleurs ou des blessures récurrentes aux muscles ou articulations (ex. genoux, hanches) ? \_\_\_ Oui \_\_\_ Non
6. Suivi médical : votre enfant suit-il actuellement un traitement médical régulier ? \_\_\_ Oui \_\_\_ Non
7. Des antécédents familiaux de maladie cardiaque sont-ils connus ? \_\_\_ Oui \_\_\_ Non
8. Votre enfant est-il sujet à des allergies sévères, notamment en lien avec l'activité physique ? \_\_\_ Oui \_\_\_ Non
9. Votre enfant a-t-il une affection chronique pouvant impacter sa pratique sportive ? \_\_\_ Oui \_\_\_ Non

En cas de réponse oui à l'une des questions ci-dessus, nous vous recommandons de consulter un médecin afin de fournir un certificat d'aptitude pour la pratique de la section fitness.

Signature du représentant légal : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

---

Ces questionnaires visent à garantir la sécurité des participants et à respecter les obligations de l'association concernant la santé de ses adhérents.