



Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent

Cas N°1 : Vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, vous devez fournir un nouveau certificat médical. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Cas N°2 : Vous avez répondu **NON** à toutes les questions et si vous avez fourni un certificat médical il y a moins de 3 ans, vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Veuillez remplir et nous remettre la partie ci-dessous.

COUPON À RETOURNER SEULEMENT DANS LE CAS N°2

ATTESTATION RELATIVE AU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Je, soussigné

déclare avoir remis un certificat médical du / /

pour moi même

pour mon enfant

et avoir répondu **NON** à toutes les questions figurant sur cette fiche santé pour la pratique d'une activité de **Bien être** ou **Danse**.

Je reconnais que ces éléments sont de ma seule responsabilité et que La MJC - La Fabrique ne pourra pas en être tenue responsable.

Date : / /

Signature