Questionnaire de santé pour la pratique d'une activité sportive

Nom, prénom :

.....

Activité(s) pratiquée(s) :.....

Répondez à toutes les questions suivantes par OUI ou par NON :

Durant les 12 derniers mois...	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou de façon inexpliquée ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
À ce jour...		
Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux ou musculaire (fracture, entorse, déchirure, tendinite...) survenu durant les 12 derniers mois ?		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du pratiquant.

• Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un certificat médical. Présentez lui ce questionnaire renseigné.

• Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir (validité 3 ans). Complétez et signez l'attestation ci-dessous. Attestation santé pour une activité Bacq'Forme 2026-2027

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive : ..... Délivré à (nom, prénom, date de naissance) : ..... Je soussigné, ..., atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé À ....., le .....

Signature du pratiquant ou de son représentant légal :