



NOM

(de l'adhérent)

PRENOM

## QUESTIONNAIRE DE SANTE

## PREALABLE A LA REINSCRIPTION AU SEIN DE LA MDM

Tous les 3 ans, vous devez faire établir un certificat médical pour renouveler votre inscription à la danse.

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour valider votre réinscription pour la saison 2024-2025 au sein de la MDM

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*  | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| <b>Durant les 12 derniers mois</b>  |     |     |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?  |     |     |
| 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 (asthme) ?  |     |     |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?   |     |     |
| 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   |     |     |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?   |     |     |
| <b>A ce jour</b>  |     |     |
| 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 est-elle interrompue pour des raisons de santé ?   |     |     |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?   |     |     |
| <b>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent ou du responsable légal pour les mineurs</b>  |     |     |

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions**

Pas de certificat médical à fournir. Ce questionnaire dûment signé et rempli attestera de vos réponses.

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions**

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné

Fait à :

Le :

SIGNATURE (nom du signataire)