

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ**  
**Année 2025 - 2026**



**Association K'Danse**  
**Saint Bauzille de Putois**

**Nom et Prénom de l'adhérent :** .....

|                  |                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|                  | <b>En cas d'adhérent mineur, c'est à son représentant légal de répondre au nom de l'enfant.<br/>Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON. Durant les 12 derniers mois...?</b>                                | <b>OUI / NON</b>                                          |
| <b>1</b>         | Un membre de votre famille (père,mère,frère,sœur) est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?                                                                                                      | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <b>2</b>         | Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <b>3</b>         | Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <b>4</b>         | Avez-vous eu une perte de connaissance ?                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <b>5</b>         | 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"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <b>6</b>         | Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?                                                                                                        | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <b>À ce jour</b> |                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |
| <b>7</b>         | 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"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <b>8</b>         | Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <b>9</b>         | Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

**Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent majeur ou de son représentant légal**

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**  
Il n'est pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de la Danse. Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de votre inscription.

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**  
Il vous faut fournir un certificat médical. Consulter un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné. Le certificat médical pour être valable doit mentionné : « n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la pratique de la Danse »

Je soussigné(e) (Nom, prénom) :

Représentant légal de (Nom, prénom) :

atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 7 mai 2021 fixant le contenu du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif (décret n°2021-564)

À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :

