

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ
Année 2026 - 2027



Association K'Danse
Saint Bauzille de Putois

Nom et Prénom de l'adhérent :

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

