

QUESTIONNAIRE DE SANTE PASSEGGIATE

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 inexpliquée ?	<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, 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 du participant.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, nous vous recommandons fortement d'aller consulter votre médecin et de lui montrer vos réponses avant de participer aux activités.

Un certificat médical de non contre-indication (ou justificatif d'une licence FFRP) devra être fourni à Passeggiate au minimum tous les 3 ans.

J'atteste sur l'honneur avoir lu et compris les conseils de santé et prendre, ou avoir pris, les dispositions nécessaires pour participer aux activités proposées par l'Association Passeggiate sans risque pour ma santé.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date

Signature