

QUESTIONNAIRE SANTE DANSEUR(SE) ADULTE

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Etes-vous allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		
Avez-vous été opéré(e) ?		
Avez-vous beaucoup maigri ou grossi ?		
Avez-vous eu la tête qui tourne pendant un effort ?		
Avez-vous perdu connaissance ou êtes-vous tombé sans vous souvenir de ce qui s'était passé ?		
Avez-vous reçu un ou plusieurs chocs violents qui vous ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?		
Avez-vous eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		
Avez-vous eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		
Avez-vous eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		
Avez-vous commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		
Avez-vous arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		
Ressentez-vous une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que vous vous êtes faite cette année ?		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?		

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions (ou pour tout problème de santé non abordé dans ce questionnaire nécessitant un avis médical), un certificat médical est à fournir à l'Association. Consultez un médecin pour qu'il vous examine et voit avec vous quel sport vous convient. Au moment de la visite, donnez-lui ce questionnaire rempli.

Après avoir complété ce questionnaire, merci de nous remettre le bordereau ci-dessous complété et signé (sans le questionnaire).



ATTESTATION SUR L'HONNEUR A REMETTRE A L'ASSOCIATION

Je soussigné(e)

Atteste sur l'honneur avoir répondu NON à l'ensemble du Questionnaire de Santé.

Date + Signature :