



NOM : _____

Prénom : _____

Cours pratiqués : _____

Questionnaire de santé – GSN – 2026/2027

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :

OUI NON

1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? ☐ ☐

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) ? ☐ ☐

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, 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 ? ☐ ☐

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par le club, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de l'adhésion. *[Cela peut faire l'objet d'une clause à cocher dans vos fiches d'adhésions]*

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

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

Si vous êtes fumeur, nous vous conseillons une consultation médicale. Si vous êtes suivi pour une pathologie chronique, avertissez votre médecin de votre pratique sportive.

Signature de l'adhérent :