

QUESTIONNAIRE DE SANTE

REPONDEZ 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 ou inexpliquée?		
2 Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel?		
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 du 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?		

BN/ Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du marcheur

Si vous avez répondu NON à toutes les questions:

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par l'association, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande d'inscription

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions:

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

Date et signature