

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ RELATIF À LA PRATIQUE DE LA DANSE

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 inexplicée ?		
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	Avez-vous 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) ?		
	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 ?		
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 ?		

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 en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de votre inscription.

Si vous avez répondu OUI à au moins une question :

Il vous faut fournir un certificat médical. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire. Le certificat doit présenter la mention « n'avoir constaté à ce jour aucune contre indication à la pratique de la danse »

ATTESTATION

Je soussigné : NOM

PRÉNOM

Représentant légal de : NOM

PRÉNOM

Déclare avoir précédemment fourni un certificat médical et atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé ci-dessous.

Date et signature du représentant légal : le à