



Questionnaire Santé

Répondez aux questions suivantes par OUI ou NON durant les douze derniers mois	OUI	NON
1 / Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une autre maladie chronique		
2 / Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
3 / Ressentez - vous une douleur à la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, une fatigue intense au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité physique ?		
4 / Eprenevez - vous des pertes d'équilibre liés à des étourdissements ou avez - vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois ?		
5 / Prenez – vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?		
6 / 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. ...)		
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de licencié		

Si vous avez répondu « **NON** » à toutes les questions ci-dessus, merci de remplir et de signer l'attestation sur l'honneur ci jointe et à nous remettre lors de l'inscription

Si vous avez répondu « **OUI** » à une ou plusieurs questions, il faudra consulter un médecin en lui présentant ce questionnaire et nous fournir un certificat médical de moins de 6 mois.