

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Veillez répondre aux questions suivantes par oui ou non. Toute réponse positive nécessitera un certificat médical récent pour participer aux activités de la section randonnée.

1. Ressentez-vous une douleur thoracique à l'effort ou au repos ?
 OUI NON
2. Avez-vous des palpitations ou un rythme cardiaque irrégulier ?
 OUI NON
3. Avez-vous déjà perdu connaissance sans explication ?
 OUI NON
4. Ressentez-vous un essoufflement inhabituel à l'effort ?
 OUI NON
5. Avez-vous des douleurs ou des blessures aux muscles ou articulations (ex. genoux, hanches) ?
 OUI NON
6. Suivez-vous actuellement un traitement médical régulier ?
 OUI NON
7. Avez-vous des antécédents personnels ou familiaux de maladie cardiaque ?
 OUI NON
8. Êtes-vous sujet(te) à des allergies graves, notamment en lien avec l'activité physique ?
 OUI NON
9. Souffrez-vous d'une affection chronique qui pourrait affecter votre pratique sportive ?
 OUI NON

Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, veuillez consulter un médecin pour obtenir un certificat médical d'aptitude.

Signature de l'adhérent : _____

Date : _____