



CHASSIEU YOGA

Questionnaire médical saison 20__ /20__

Répondez aux questions suivantes en cochant les cases OUI ou NON	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois :		
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour :		
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je refuse de répondre au questionnaire et je présenterai un nouveau certificat médical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du signataire		
Si vous avez répondu NON à toutes les questions, pas de certificat médical à fournir.		
Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, certificat médical à fournir.		

Volet à conserver par l'adhérent



Volet à remettre à l'association

Nom et Prénom : _____ Cours du _____ heures
(lundi, mardi, jeudi)

Je, soussigné-e, _____ atteste avoir répondu **NON** à tous les points du questionnaire de santé pour la saison en cours.

Fait à _____

Le _____

Signature :