



**Cadre réservé à l'agglomération**

**Activités**

**Paiement**

**Questionnaire santé**

**Aquaphobie**   
(Vendredi 18h)

**Natation (Perf)**   
(Mardi 18h)

**Handicap et eau**   
(Mardi 15h45)

CB :	
Chèques :	
Espèces	

OUI

NON

**Certificat médical**

OUI

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS ( du participant )**

**NOM** .....

**PRENOM** .....

**Date de naissance** .....

**Adresse** .....

**TEL** ..... **E Mail :** .....

**Personne à prévenir en cas d'urgence**

**NOM** .....

**TEL** .....

Autorisez-vous la communauté d'agglomération **OUI**

à effectuer des prises de vue lors des séances de l'activité

et à la publication possible de celles-ci **NON**

**DATE**

**SIGNATURE**

## Questionnaire de santé

Répondez aux questions suivantes en cochant la case <b>OUI</b> ou <b>NON**</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>Durant les 12 derniers mois</b>			
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord de votre médecin ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (Hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</b>			
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 ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>**</b> Si vous avez répondu <b>NON</b> à toutes les questions: Pas de certificat médical à fournir.			
Si vous avez répondu <b>OUI</b> à une ou plusieurs questions: Le certificat médical est obligatoire			