



Cadre réservé à l'agglomération

Activités

Paiement

Questionnaire santé

Aquaphobie
(Vendredi 18h)

CB :	
------	--

OUI

Natation (Perf)
(Mardi 18h)

Chèques :	
-----------	--

NON

Handicap et eau
(Mardi 15h45)

Espèces	
---------	--

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 OUI ou NON**		OUI	NON
Durant les 12 derniers mois			
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"/>
A 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 ?		<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"/>
** 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: Le certificat médical est obligatoire			