

Questionnaire de santé pour le renouvellement d'une licence sportive Saison 2026-2027

Vous pouvez répondre à ce questionnaire si vous avez un certificat médical datant de moins de 3 ans et si vous êtes adhérent en continu depuis cette date à l'association Harmony Dance.

Nom, Prénom : Date de naissance :

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.	OUI	NON
DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
5) 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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions, vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Complétez et signez l'attestation ci-dessous et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous devez conserver)

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

✂-----

Attestation santé pour le renouvellement d'une licence pour l'année 2023-2024

Date du dernier certificat médical d'absence de contre indication à la pratique d'une activité physique ou sportive/...../..... délivré à (nom-prénom-date de naissance)

.....

Je, soussigné, atteste sur l'honneur, avoir
répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé.

A , le/...../.....

Signature du pratiquant ou de son représentant légal