

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

ACTIVITÉ AQUAGYM



Ce questionnaire devra être complété et remis à l'accueil de la piscine ou retourné à l'adresse suivante piscine@mer41.fr

VOS INFORMATIONS

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Adresse postale : _____

Téléphone : _____

Adresse mail : _____@_____

QUESTIONNAIRE Répondez aux questions suivantes par oui ou par non*

Durant les 12 derniers mois

- 1 Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? Oui Non
- 2 Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? Oui Non
- 3 Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? Oui Non
- 4 Avez-vous eu une perte de connaissance ? Oui Non
- 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 ? Oui Non
- 6 Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? Oui Non

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 ? Oui Non

*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du déclarant

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, vous devez fournir un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique de l'activité aquagym en loisirs.

ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A TOUTES LES QUESTIONS

Je soussigné(e) : _____

Date de Naissance : _____ / _____ / _____

Adresse domicile : _____

Atteste sur l'honneur avoir répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire médical.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à _____

le _____ / _____ / _____

Signature