QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

POUR LA PRATIQUE DE L'AQUATRaining AU PAVILLON CARINA

Nom Prénom
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / / Sexe Mas. Féminin

Merci de répondre à **TOUTES** les rubriques du questionnaire de santé par OUI ou par NON durant les douze derniers mois

		OUI	NON
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) ?	☐	☐
À 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 PRATIQUANT)

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical de contre-indication à la pratique de l'aqua training. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions : vous n'avez pas besoin de nouveau certificat médical de contre-indication à la pratique de l'aqua training. Compléter et signer l'attestation et fournissez-la sans le questionnaire (que vous conserverez).

ATTESTATION SANTÉ POUR LA PRATIQUE DE L'AQUATRaining

Je, soussigné(e) : Nom Prénom

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / / Sexe Mas. Féminin

Atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **TOUTES** les rubriques du questionnaire de santé.

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive.

Le / /

Signature du pratiquant

A

Le