



Association DEPENDANSE JAZZ
78210 St Cyr l'école
dependansejazz@gmail.com
Tel : 07 85 13 40 59

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Ce questionnaire de santé (1 par personne) vous permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour l'activité.

Votre état de santé

Merci de répondre par **OUI** ou **NON** aux questions suivantes.

	Oui	Non
Votre médecin vous a-t-il déjà déconseillé la pratique d'une activité physique ?	☐	☐
Avez-vous une maladie cardiaque ou de l'hypertension non stabilisée ?	☐	☐
Ressentez-vous des douleurs dans la poitrine lors d'un effort ?	☐	☐
Avez-vous déjà perdu connaissance ou eu des malaises à l'effort ?	☐	☐
Êtes-vous essoufflé(e) de façon inhabituelle lors d'efforts modérés ?	☐	☐
Souffrez-vous de problèmes respiratoires (asthme sévère, BPCO...) ?	☐	☐
Êtes-vous atteint(e) de diabète nécessitant un traitement ?	☐	☐
Présentez-vous des problèmes d'équilibre ou des chutes fréquentes ?	☐	☐
Souffrez-vous de douleurs importantes au dos, aux hanches, aux genoux ou aux épaules ?	☐	☐
Avez-vous été opéré(e) au cours des 12 derniers mois ?	☐	☐
Êtes-vous actuellement en rééducation ?	☐	☐
Prenez-vous un traitement pouvant influencer votre pratique sportive ?	☐	☐
Êtes-vous enceinte ou venez-vous d'accoucher ?	☐	☐



Association DEPENDANSE JAZZ
78210 St Cyr l'école
dependansejazz@gmail.com
Tel : 07 85 13 40 59

Si vous avez répondu OUI

Merci de préciser :

.....
.....
.....

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

- Certificat médical de non contre-indication OBLIGATOIRE.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir.

Autorisation

Je déclare :

- avoir répondu honnêtement à ce questionnaire ;
- que les réponses formulées relèvent de ma seule responsabilité ;
- informer l'association de toute évolution importante de mon état de santé.

Je comprends que ce questionnaire ne remplace pas un avis médical.

Nom :

Date : / /

Signature :