QUESTIONNAIRE de SANTE SAISON 2025 – 2026
Association A L'Isle On Danse – L'Isle D'Abeau

Nom et Prénom de l'adhérent :

Nom : Prénom :

	En cas d'adhérent mineur, c'est à son représentant légal de répondre au nom de l'enfant. Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON. Durant les 12 derniers mois .... ?	OUI / NON
1	Un membre de votre famille (père, mère, frère, soeur) 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 ?	☐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
8	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐Oui ☐Non
9	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐Oui ☐Non

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent majeur ou de son représentant légal

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :	Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :
Il n'est pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de la Danse Classique. Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de votre inscription.	Il vous faut fournir un nouveau certificat médical. Consulter un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné. Le certificat médical pour être valable doit mentionné : "n'avoir constaté à ce jour aucune contre- indication à la pratique de la Danse "

Questionnaire à conserver

-

ATTESTATION à fournir à l'association

Je soussigné : Nom : prénom :

Représentant légal de : Nom : Prénom :

Déclare avoir précédemment fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans à ce jour et atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé ci-dessous. Je sais qu'à travers cette attestation, et comme cela est précisé dans le règlement intérieur, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de l'association ne pourra être recherchée.

Date et Signature du titulaire ou du représentant légal Le ..... à .....