

QUESTIONNAIRE SANTE DE LA FEDERATION FRANCAISE DE DANSE

Nom et Prénom.....

Date de naissance.....

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES 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 inexplicée ? 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) Avez-vous 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

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Si vous avez répondu oui à une seule des questions, vous devez faire établir un nouvel certificat médical, même si le dernier certificat date de moins de 3 ans.

Date et signature :

(Signature du représentant légal pour les mineurs)