

# Bulletin d'inscription 2025

## Association Multi-activités de Bouin - Section La Palette de Bouin

# Questionnaire de santé

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical

S'il vous plaît, répondez soigneusement et honnêtement à ces 6 questions :  
cochez OUI ou Non

	OUI	NON
1) Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une d'hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une autre maladie chronique		
2) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
3) Ressentez-vous une douleur à la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, une fatigue intense au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité physique ?		
4) Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissement ou avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois ?		
5) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?		
6) 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 ?		

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent

- Si vous avez répondu NON à toutes les questions ci-dessus, merci de remplir et signer l'attestation sur l'honneur ci jointe et la remettre à la section.
- Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions ci-dessus, votre état de santé nécessite un avis médical avant de commencer ou poursuivre une activité physique. Vous devez consulter votre médecin afin qu'il vous examine et vous délivre un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport. Certificat à remettre à la section. Le certificat médical doit dater de moins de 6 mois.

### ATTESTATION Saison 2024/2025

Je soussigné M/Mme : ....., né(e) le ....., Atteste  
avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des  
questions du questionnaire de santé.

A ..... Le ..... Signature

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone ..... Portable .....

Email .....@.....