

Questionnaire de santé participants Acti'forme

Ce questionnaire est à remplir par les participants aux séances d'APA organisées par Acti'forme qui sont en possession d'un certificat médical de plus d'un an et moins de 3 ans (à fournir à Acti'forme).

Il permet au participant qui répond "non" à toutes les questions de renouveler son inscription aux séances, sans certificat médical.

Si vous répondez "oui" à une ou plusieurs questions, vous devez donc fournir un nouveau certificat médical.

Ce questionnaire est réalisé de manière autonome ; il n'est pas à remettre à Acti'forme.

| | Oui | Non |
|---|-----|-----|
| Durant les 12 derniers mois | | |
| 1 - Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? | | |
| 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) ? | | |
| 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 ? | | |
| 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 ? | | |