



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

NOM DE L'ÉLÈVE :

PRÉNOM DE L'ÉLÈVE :

DATE DE NAISSANCE DE L'ÉLÈVE:

COCHEZ LES CASES CORRESPONDANTES AUX QUESTIONS SUIVANTES :

DURANT LES DOUZES DERNIERS MOIS :

Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel, ou un malaise ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une respiration sifflante, comme de l'asthme ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une perte de connaissance ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous arrêté le sport pendant plus de 30 jours pour des raisons de santé, et avez vous repris sans l'accord du médecin ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été hospitalisé(e) ou opéré(e) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

À CE JOUR :

Ressentez-vous une douleur ou une raideur suite à une blessure osseuse, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous du mal à respirer ou la tête qui tourne pendant ou après un effort ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour la pratique du sport ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

AVEZ-VOUS D'AUTRES PROBLEMES OU PRECAUTIONS DE SANTE A NOUS SIGNALER VOUS CONCERNANT ? :

<input type="checkbox"/> Oui :	Non <input type="checkbox"/>
--------------------------------	---------------------------------

- Nous demanderons aux élèves souffrant de pathologie nécessitant une action immédiate en cas de crise, comme l'asthme, de toujours se rendre aux cours en possession de leur traitement.
- Si vous avez répondu OUI à une question ou plus, un certificat médical d'aptitude à la pratique de la danse sera obligatoire
- Si vous avez répondu NON à toutes les questions, vous n'aurez aucun certificat à nous fournir. Cependant vous devrez remplir la déclaration sur l'honneur ci-dessous :

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), Madame/Monsieur.....

Né(e) le, demeurant à

.....

Déclare sur l'honneur avoir coché « Non » à toutes les questions figurant sur l'auto questionnaire médical, et de ce fait j'atteste n'avoir aucune pathologie connue nécessitant un avis médical pour la pratique du sport.

Fait à :

Le :

Signature de l'intéressé(e) ou du responsable légal pour les mineurs :