** L'association ne collecte pas ce document qui est à l'usage exclusif et confidentiel de l'adhérent.*

Association Présence Bien-Être Gouvieux

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour pratiquer une activité corporelle proposée par l'Association.

Avertissement : Ce questionnaire est rempli sous votre seule et entière responsabilité, il doit donc être correctement complété.

Répondez aux questions suivantes :	**OUI**	**NON**
* Quelqu'un dans votre famille est-il décédé subitement avant l'age de 50 ans d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
* Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations (le cœur bat trop vite ou irrégulièrement), un malaise ?	☐	☐
* Avez-vous eu un épisode de respiration difficile ?	☐	☐
* Avez-vous eu une perte de connaissance, des convulsions, des difficultés à la marche, des troubles de l'équilibre ?	☐	☐
* Cette année avez-vous arrêté l'activité à cause d'un problème et/ou d'une opération et/ou d'une hospitalisation pendant un mois ou plus ?	☐	☐
* Vous sentez vous fatigué, et/ou avez-vous perdu l'appétit et/ou avez-vous beaucoup maigri et/ou avez-vous beaucoup grossi ?	☐	☐
* Avez-vous cette année, débuté un traitement régulier prescrit par le médecin (hors contraception) ?	☐	☐
* Avez-vous eu une/des fractures, une luxation ou une tendinite ces trois derniers mois ?	☐	☐
* Avez-vous un doute sur vos réponses et pensez vous avoir besoin d'un avis médical pour débuter ou poursuivre la pratique de l'activité ?	☐	☐

<u>Si vous avez répondu NON à toutes les questions :</u>
Vous pouvez adhérer à l'Association et pratiquer l'activité en lien avec ce questionnaire.

<u>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :</u>
Consulter votre médecin puis, demandez-lui un certificat médical de non contre indication à la pratique de l'activité concernée.