

# Questionnaire de santé

*À remplir soi-même pour accéder aux activités sportives du Parcours Forme et Bien-Être. En cas d'une ou plusieurs réponses positives, je m'engage à consulter mon médecin généraliste et fournir un certificat médical.*

Je soussigné.e M. / Mme .....

certifie exactes et sincères les réponses aux questions médicales ci-dessous :

1. Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint.e d'un problème cardiaque ou d'une hypertension ? oui non  
☐ ☐

2. Ressentez-vous une douleur à la poitrine au repos ou au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité physique ? ☐ ☐

3. Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissements ou avez-vous perdu conscience au cours des 12 derniers mois ? ☐ ☐

4. Avez-vous déjà été diagnostiqué.e d'une autre maladie chronique ? ☐ ☐  
 Si oui, liste des maladies : .....  
 .....

5. Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ? Si oui, liste des médicaments : .....  
 .....

6. Avez-vous présentement (ou avez-vous eu dans les 12 derniers mois) des problèmes osseux, articulaires, ou des tissus mous (muscle, ligament, tendon) qui pourraient être aggravés par une augmentation d'activité physique ? ☐ ☐  
 Si oui, liste des problèmes médicaux : .....  
 .....

7. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous ne devriez pas faire d'activité physique sans supervision médicale ? ☐ ☐

Questionnaire de santé fait à Tours, le .....

Signature