

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LA MARCHE NORDIQUE

NOM :

SEXE : FEMME HOMME

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

Durant les 12 derniers mois :

- 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?
- 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) ?

À 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 ?
- 10) Je refuse de répondre au questionnaire et je présenterai un nouveau certificat médical.

NB: Les réponses relèvent de la seule responsabilité de la personne qui les formule.

Je déclare répondre NON à chaque question et je suis dispensé de la présentation d'un certificat médical pour participer aux animations de Marche Nordique

Je déclare répondre OUI à au moins l'une des questions et je dois présenter un certificat médical

Je refuse de répondre à ces questions, et je dois présenter un certificat médical

Date et signature :

**(des parents ou du représentant
légal pour les mineurs)**