

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (FFR)

Période du 1er mai 2024 au 30 avril 2025

Le questionnaire est à remplir par l'adhérent, il ne doit pas être remis à l'association. Si vous répondez « NON » à toutes les questions : il n'y aura pas de certificat médical à fournir. En revanche, si vous répondez « OUI » à une ou plusieurs questions, il faudra fournir un certificat médical de non-contre-indication à la pratique de la marche soutenue, délivré par un médecin.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.*

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

✂.....

ATTESTATION

Je, soussigné(e), Mme / M.....

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir

Répondu NON à toutes les questions ; je fournis cette attestation à l'association « Marcheurs du Valenciennois ».

Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; je fournis un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la marche.

DATE et SIGNATURE