

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Ce questionnaire est à remplir lors de toute inscription à une activité physique proposée par l'ONPA. En cas d'une ou plusieurs réponses positives, il vous est conseillé de consulter votre médecin généraliste afin de fournir un certificat médical.

	Oui	Non
Vous arrive-t-il de ressentir une douleur à la poitrine au repos, au cours de vos activités quotidiennes ou lors d'une activité physique ?	☐	☐
Eprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissements ?	☐	☐
Avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois ?	☐	☐
Votre médecin vous a-t-il dit que vous étiez atteint(e) d'un problème cardiaque ou d'une hypertension ?	☐	☐
Avez-vous déjà été diagnostiqué(e) d'une autre maladie chronique ?	☐	☐
Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique (traitement de longue durée) ?	☐	☐
Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite...) survenu durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous ne devriez pas faire d'activité physique sans supervision médicale ?	☐	☐
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme), des palpitation ou un essoufflement inhabituel ?	☐	☐

Je soussigné(e), M. / Mme,
certifie que les réponses apportées aux questions ci-dessus sont exactes et sincères et
qu'elles relèvent de ma seule responsabilité.

Date :

Signature :