

# L'Avant Scène Studio

## Questionnaire de santé (QS-Sport)

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

1. Un médecin vous a-t-il déjà diagnostiqué une maladie cardiaque ? OUI / NON
2. Avez-vous déjà ressenti une douleur dans la poitrine à l'effort ? OUI / NON
3. Avez-vous eu des malaises ou pertes de connaissance ? OUI / NON
4. Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires (genou, dos, hanche...) ? OUI / NON
5. Suivez-vous actuellement un traitement médical régulier ? OUI / NON
6. Votre médecin vous a-t-il déjà déconseillé la pratique sportive ? OUI / NON
7. Avez-vous eu une blessure importante ces derniers mois ? OUI / NON
8. Ressentez-vous des douleurs inhabituelles à l'effort ? OUI / NON

### **Déclaration :**

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : pratique autorisée sans certificat médical.

Si vous avez répondu OUI à au moins une question : certificat médical recommandé.

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_