**Questionnaire médical de Santé**

**Année 2024-2025**

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour la nouvelle saison de yoga

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.****Durant les 12 derniers mois :** | **OUI** | **NON** |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? | ❑ | ❑ |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou fait 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)* ? | ❑ | ❑ |
|  **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 ...) 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 ? | ❑ | ❑ |

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié

Si vous avez **répondu OUI** à une ou plusieurs questions, il est nécessaire de voir un médecin et de fournir un certificat médical de non-contre-indication à la pratique du yoga.

Si vous avez **répondu NON** à toutes les questions, vous pouvez remplir l'attestation suivante :

Je soussigné(e) .................................................... né(e) le ............................................ affirme avoir lu, compris et complété le questionnaire de santé.

Je certifie également que les renseignements fournis sont exacts et qu'une réponse fausse m'engage personnellement et peut être dangereuse pour ma santé.

Fait à .................................................... le ...... / ...... / ............

Signature :