

**Questionnaire de santé**

**Canoë Kayak Avesnois**

**Avant tout** :

**Pour toute participation, vous certifiez savoir nager 25 mètres**

Adulte : Nom et Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 OUI 🞎 NON

Enfant 1 : Nom et Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 OUI 🞎 NON

Enfant 2 : Nom et Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 OUI 🞎 NON

Enfant 3 : Nom et Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 OUI 🞎 NON

Je soussigné(e)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifie que moi-même et les enfants m’accompagnant savent nager 25m.

SIGNATURE de l’adulte :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON\***  **UNIQUEMENT POUR LES ADULTES** | **OUI** | **NON** | |
|  | **Durant les 12 derniers mois** | | | |
| 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 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 pratiquer cette activité ? | 🞎 | 🞎 | |
|  | **\*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l’adulte** |  |  | |
| **Si vous avez répondu NON à toutes les questions** | | | |
| Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez après avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de participation | | | |
| **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions** | | | |
| Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné | | | |

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ atteste sur l’honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé et que le résultat me permet de pratiquer l’activité canoë-kayak

A Avesnes-sur-Helpe, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature de l’adulte :