

Document de prévention destiné aux adhérent(e)s de l'association Fais Quelque Chose

Ce document a pour objectif de déterminer s'il est nécessaire de consulter un médecin afin de vérifier l'absence de contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives.

Merci de renseigner ce document avec soin et en toute honnêteté, en cochant la case « Oui » ou « Non ».

1. Votre médecin vous a-t-il indiqué que vous souffriez d'une maladie cardiaque, d'une hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou de toute autre maladie chronique ?
☐ Oui ☐ Non
2. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou d'une cause inexpliquée ?
☐ Oui ☐ Non
3. Ressentez-vous une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, ou une fatigue importante lors de vos activités quotidiennes ou pendant une activité physique ?
☐ Oui ☐ Non
4. Avez-vous présenté des pertes d'équilibre liées à des étourdissements ou perdu connaissance au cours des douze derniers mois ?
☐ Oui ☐ Non
5. Prenez-vous actuellement un traitement médicamenteux prescrit pour une maladie chronique ?
☐ Oui ☐ Non
6. Ressentez-vous une douleur, une faiblesse ou une raideur liées à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu au cours des douze derniers mois ?
☐ Oui ☐ Non

Déclaration :

Si vous avez répondu « Oui » à une ou plusieurs questions, nous vous recommandons de consulter votre médecin avant de débuter ou de poursuivre une activité physique.

Attestation :

Je soussigné(e),

Nom et prénom :

atteste avoir pris connaissance du présent document de prévention, l'avoir renseigné et avoir pris connaissance des recommandations reçues au regard de ma situation de santé.

Fait à :

Le : / /

Signature du participant

Signature de l'association