

## Questionnaire de santé (personne majeure)

Durant les douze derniers mois	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexplicée ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		

A ce jour	OUI	NON
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 pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

**Rappel :**

**Ce questionnaire de santé est anonyme et conservé par l'adhérent(e).**

**Il ne sera pas transmis à JIMA'GYM lors de la demande d'adhésion.**

**Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent(e).**

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions : attestation, ci-après à fournir à JIMA'GYM - Pas de certificat médical**

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : le certificat médical est obligatoire**



# ATTESTATION

## QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE – MAJEUR

Saison 2025-2026

---

Je soussigné(e) M. Mme .....

Atteste par la présente que chacune des rubriques du questionnaire relatif à l'état de santé a donné lieu à une réponse négative et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entraînera obligatoirement la production d'un nouveau certificat médical de non contre-indication à la pratique du STEP.

Fait à ..... Le : .....

**Signature :**