



**QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LA PRATIQUE DES
ACTIVITES AQUATIQUES
A LA PISCINE DES BALCONS DU DAUPHINE**

NOM et Prénom :

.....

Nom de l'activité : Horaires :

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre activité.

REPONDEZ AUX QUESTIONS EN COCHANT OUI ou NON

| DEPUIS LE DERNIER CERTIFICAT MEDICAL INITIAL | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel, un malaise ou des pertes de connaissance ? | | |
| Des problèmes de la sphère oto-rhino-laryngologique ayant entraîné des soins médicaux spécialisés : * Une mauvaise audition, une perforation tympanique ? * Une sinusite ou une otite chronique ? * Des vertiges ou des troubles de l'équilibre à répétition ? * Des douleurs des oreilles dans l'eau ? | | |
| Avez-vous des problèmes dermatologiques chroniques ? | | |
| Avez-vous eu ou avez-vous, des problèmes neurologiques ? * Des crises d'épilepsie * Des crises de tétanie ou de spasmophilie * Un traumatisme crânien avec coma | | |
| Avez-vous déjà bénéficié d'une intervention chirurgicale : * Sur les oreilles ou les sinus * Sur les yeux (y compris au laser) * Sur le cœur * Intracrânienne * Sur l'estomac | | |
| Votre pratique sportive a-t-elle été interrompue pour des raisons de santé ? | | |

A CE JOUR

Si vous avez répondu **NON** à toutes les réponses, vous ne devez pas nous fournir un nouveau certificat médical

Si vous avez répondu **OUI** à au moins une réponse, vous devez nous fournir un nouveau certificat médical

Je certifie avoir lu et compris les questions ci-dessus et pouvoir attester que mes réponses sont exactes. Je reconnais avoir été averti(e) que toute déclaration inexacte engage ma responsabilité et dégage celle des dirigeants de la structure au sein de laquelle je vais pratiquer les activités aquatiques.

Date :

Signature :