



QUESTIONNAIRE SANTE DE LA FEDERATION FRANCAISE DE DANSE

En vue d'une inscription aux FEUX FOLLETS pour l'année 2026-2027

Nom et prénom :

Date de naissance :

Répondez aux questions suivantes par OUI ou NON:

Durant les douze 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 un malaise ?

☐☐

3/Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?

☐☐

4/Avez-vous eu une perte de connaissance ?

☐☐

5/Avez-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) ?

☐☐

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, etc.)

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 ?

☐☐

Vos réponses restent confidentielles mais peuvent être utiles au professeur

Merci de préciser :

Allergie ☐ oui ☐ non

type :

Maladie chronique ☐ oui ☐ non

type :

Mise en place d'un PAI ☐ oui ☐ non

type :

En cas d'urgence médicale, autorisez-vous les responsables de l'association à faire transporter votre enfant ou vous même vers un service d'urgences si cela s'avère nécessaire? ☐ OUI ☐ NON

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

Si vous avez répondu OUI à une seule des questions, vous devez faire établir un certificat médical.

Date et signature : (Signature du représentant légal pour les mineurs)