

# Questionnaire Médical pour Autoriser la Participation à une Activité Sportive

**Nom et prénom du participant :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Sexe :**  Masculin  Féminin  Autre

**Activité sportive pratiquée :** \_\_\_\_\_

**Niveau de pratique :**  Loisir  Compétition

**Date du questionnaire :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

## Antécédents médicaux (à remplir par le participant)

1. Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ?  
 Oui  Non  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_
2. Ressentez-vous des douleurs dans la poitrine à l'effort ?  
 Oui  Non
3. Avez-vous déjà perdu connaissance ou eu des malaises inexpliqués ?  
 Oui  Non
4. Avez-vous des antécédents familiaux de mort subite ou de maladie cardiaque avant 50 ans ?  
 Oui  Non
5. Prenez-vous actuellement un traitement médical ?  
 Oui  Non  
Si oui, lequel : \_\_\_\_\_
6. Avez-vous eu une blessure ou une opération récente ?  
 Oui  Non  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_
7. Avez-vous une condition médicale chronique (asthme, diabète, épilepsie, etc.) ?  
 Oui  Non  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_
8. Suivez-vous actuellement une rééducation ou une thérapie physique ?  
 Oui  Non
9. Avez-vous eu un COVID-19 avec symptômes graves ou hospitalisation ?  
 Oui  Non
10. Pratiquez-vous une activité physique régulière (au moins 30 minutes, 3 fois par semaine) ?  
 Oui  Non

### **Engagement du participant ou de son représentant légal**

Je certifie avoir répondu à ce questionnaire de manière complète et honnête. En cas de réponse positive à une ou plusieurs questions, je m'engage à consulter un médecin avant la pratique de l'activité sportive concernée.

**Signature du participant ou du représentant légal :**

---

**Date :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

---

### **Avis Médical (à remplir par le médecin)**

Après examen clinique et au vu des réponses au questionnaire ci-dessus :

- Aucune contre-indication** à la pratique de l'activité sportive indiquée
- Contre-indication temporaire** jusqu'au : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_
- Contre-indication permanente**

**Observations complémentaires :**

---

---

**Nom du médecin :** \_\_\_\_\_

**Cachet du médecin :**

**Date :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature du médecin :** \_\_\_\_\_