

QUESTIONNAIRE DE SANTE

2026 – 2027

Ce questionnaire permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour les activités sportives.

	Adhérent 1		Adhérent 2	
	OUI	NON	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois				
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐	☐	☐
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				
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 ?	☐	☐	☐	☐
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐	☐	☐
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐	☐	☐

*** Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du ou des adhérents**

Ce questionnaire est celui soumis par la Fédération Française de Randonnées à ses adhérents

Pour le même adhérent, si au moins une case **OUI** est cochée, la fourniture d'un certificat médical d'aptitude est **OBLIGATOIRE** avant toute pratique.

Que des cases **NON**, une attestation sur l'honneur est suffisante

Ce questionnaire de santé est personnel,
il ne doit pas être remis à l'association APT ACCUEIL