

ANNEXE 1 - QUESTIONNAIRE MÉDICAL

République Française



(Article 5 de la délibération n° 184/CP du 3 octobre 2025 relative aux manifestations sportives)

NOM : PRÉNOM :

SEXÉ : DATE DE NAISSANCE :

DISCIPLINE PRATIQUÉE :

QUESTIONS	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS		
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) 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?		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies)?		
A CE JOUR		
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?		
10) Je refuse de répondre au questionnaire et je présenterai un nouveau certificat médical.		

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

- **Si vous avez répondu NON à toutes les questions :** Pas de certificat médical à fournir. Attestez avoir répondu NON à toutes les questions lors de votre inscription.
- **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :** Un certificat médical est à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire.

Date et signature du sportif :
(ou du représentant légal si le licencié est mineur)