



DOSSIER SANTÉ DANSEUR (SE) MAJEUR

(Conforme aux dispositions du Code du Sport)

PARTIE 1 : LE QUESTIONNAIRE

(À GARDER CHEZ VOUS)

Ce document est confidentiel. Ne le donnez pas à GAF

Répondez par OUI ou par NON aux questions suivantes :

Durant les 12 derniers mois	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'avis d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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, déchirure, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DOSSIER SANTÉ DANSEUR (SE) MAJEUR

(Conforme aux dispositions du Code du Sport)

PARTIE 2 : ATTESTATION (À REMETTRE A GAF)

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

(À ne remplir que si vous avez répondu **NON** à toutes les rubriques du questionnaire)

Je soussigné(e), Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : ____ / ____ / _____

Atteste sur l'honneur :

1. Avoir renseigné avec exactitude le questionnaire de santé ;
2. Avoir répondu **NON** à l'ensemble des questions dudit questionnaire ;
3. Être conscient(e) que cette attestation ne me dispense pas d'une surveillance médicale régulière auprès de mon médecin traitant.

En conséquence, conformément à la réglementation en vigueur, je suis dispensé(e) de la présentation d'un certificat médical pour la saison en cours.

Rappel important :

Si vous avez coché au moins un "OUI", cette attestation n'est pas valable. Vous devez consulter un médecin et nous transmettre un certificat médical de non-contre-indication.

Fait à : _____

le : ____ / ____ / 2026

Signature :