



# THE ROOF

---

## TOULOUSE

Les questions suivantes permettent de faire un point en amont de votre pratique sportive au sein de notre espace.

<b>NOM :</b>	<b>Age :</b>	
<b>Prénom :</b>		
<b>A ce jour :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour commencer ou poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Durant les 12 derniers mois :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre ancienne pratique sportive a-t-elle été interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir.**

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

**Conservez ce formulaire, consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné afin d'établir si vous êtes apte à la pratique de l'escalade de bloc. Un certificat médical sera à fournir pour finaliser l'inscription.**

Je soussigné-e \_\_\_\_\_ atteste avoir renseigné le questionnaire de santé ci-dessus et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Fait à :

Le :

Signature