

FICHE SANITAIRE

Certificat médical : (*non-contre-indication à la pratique d'une activité physique*) ☐ OUI

Date de délivrance :

Profil du participant :

Pratiquez-vous une activité physique ? OUI ☐ / ☐ NON

A quelle fréquence par semaine ?

Questionnaire confidentiel à remplir pour compléter le dossier du participant

(*cocher la bonne réponse*) :

Avez-vous déjà été blessé(e) avec arrêt de

l'activité physique ? OUI ☐ / ☐ NON

Souffrez-vous d'une ou plusieurs affections suivantes :

Problèmes cardiaques OUI ☐ / ☐ NON

Hypertension artérielle OUI ☐ / ☐ NON

Diabète OUI ☐ / ☐ NON

Asthme ou troubles respiratoires OUI ☐ / ☐ NON

Problème de dos OUI ☐ / ☐ NON

Avez-vous des allergies ? OUI ☐ / ☐ NON

Je soussigné(e)

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus.

Signature :

Cadre réservé à l'administration :

Participant n° SBE2025 -

Date :