

FICHE D'INSCRIPTION – QUESTIONNAIRE SANTE 2026-2027 - **Association Fighting Training Center**

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse postale :

Téléphone :

E-mail :

Si vous avez répondu OUI à au moins une question : Vous devez obligatoirement présenter un nouveau certificat médical de moins de moins d'un an mentionnant l'absence de contre-indication.

Attestation Majeur : Je certifie avoir répondu avec exactitude au questionnaire et détenir un certificat médical de moins de 3 ans.

POUR LES PARTICIPANTS MINEURS (-18 ANS) À remplir par les parents ou le représentant légal.

Questions concernant le mineur (Répondre par OUI ou NON)	OUI	NON
1. L'enfant a-t-il ressenti une douleur dans la poitrine ou des palpitations cette année ?		
2. A-t-il eu des étourdissements, des essoufflements anormaux ou des malaises ?		
3. A-t-il été arrêté plus de 15 jours pour des raisons de santé durant l'année écoulée ?		
4. Porte-t-il un appareillage médical, des plâtres, ou a-t-il une blessure en cours ?		
5. Un médecin a-t-il déjà contre-indiqué la pratique de certains sports ?		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Attestez ci-dessous.

Si vous avez répondu OUI à au moins une question : Un certificat médical de moins de 6 mois est obligatoire pour la séance.

Attestation Représentant Légal : Je certifie que mon enfant a répondu NON à l'ensemble du questionnaire et qu'il possède un certificat médical de moins de 3 ans.

Nom et prénom du parent ou représentant légal :

Date :

Signature :