

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

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse postale :

Téléphone :

E-mail :

POUR LES PARTICIPANTS MAJEURS (+18 ANS)

Remplir ce questionnaire si vous disposez d'un certificat médical de moins de 3 ans.

| Questions (Répondre par OUI ou NON) | OUI | NON |
|--|------------|------------|
| 1. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un problème cardiaque ? | | |
| 2. Ressentez-vous une douleur dans la poitrine lors d'un effort physique ? | | |
| 3. Perdez-vous souvent l'équilibre ou avez-vous des vertiges ? | | |
| 4. Avez-vous un problème osseux ou articulaire qui pourrait être aggravé ? | | |
| 5. Prenez-vous actuellement un médicament pour la tension ou le cœur ? | | |
| 6. Avez-vous des points de suture, des plaies ouvertes ou une blessure récente ? | | |
| 7. Existe-t-il une autre raison médicale qui vous interdirait la pratique sportive ? | | |

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

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.

Nom et prénom :

Date :

Signature :