Studio Degenis

CENTRE ARTISTIQUE

Danse • Cirque • Arts Aériens

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Ce questionnaire permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour la pratique de nos activités (danse, cirque, arts aériens).

Répondez aux questions suivantes par OUI ou NON.

1	Un médecin vous a-t-il déconseillé la pratique sportive au cours des 12 derniers mois ?	OUI ☐	NON ☐
2	Avez-vous été hospitalisé(e) ou opéré(e) au cours des 12 derniers mois ?	OUI ☐	NON ☐
3	Ressentez-vous des douleurs dans la poitrine pendant un effort ?	OUI ☐	NON ☐
4	Avez-vous déjà eu un malaise, une perte de connaissance ou un étourdissement pendant une activité physique ?	OUI ☐	NON ☐
5	Souffrez-vous d'une maladie cardiaque, respiratoire ou neurologique nécessitant des précautions particulières ?	OUI ☐	NON ☐
6	Avez-vous le souffle court ou une fatigue anormale par rapport à vos activités habituelles ?	OUI ☐	NON ☐
7	Avez-vous des antécédents de convulsions, d'épilepsie ou de troubles neurologiques ?	OUI ☐	NON ☐
8	Avez-vous subi une blessure importante (fracture, entorse grave, luxation, déchirure musculaire...) au cours des 12 derniers mois ?	OUI ☐	NON ☐
9	Ressentez-vous actuellement des douleurs articulaires ou musculaires pouvant gêner la pratique de la danse, du cirque ou des arts aériens ?	OUI ☐	NON ☐
10	Avez-vous une perte de force, de mobilité ou d'amplitude dans un membre ?	OUI ☐	NON ☐
11	Portez-vous une attelle, une orthèse ou tout autre dispositif médical pour pratiquer une activité physique ?	OUI ☐	NON ☐
12	Suivez-vous un traitement médical susceptible d'affecter votre vigilance, votre équilibre ou votre coordination ?	OUI ☐	NON ☐
13	Présentez-vous une contre-indication connue à la pratique d'activités aériennes (vertiges importants, épilepsie non stabilisée, troubles de l'équilibre, etc.) ?	OUI ☐	NON ☐
14	Avez-vous déjà eu un traumatisme crânien ou une commotion cérébrale ?	OUI ☐	NON ☐
15	Avez-vous des problèmes de vue importants non corrigés ou des troubles visuels ?	OUI ☐	NON ☐
16	Avez-vous des problèmes auditifs importants ?	OUI ☐	NON ☐
17	Avez-vous des allergies (alimentaires, médicamenteuses, au latex, autres) ?	OUI ☐	NON ☐
18	Avez-vous de l'asthme ou des problèmes respiratoires (bronchite à répétition, etc.) ?	OUI ☐	NON ☐
19	Si oui, avez-vous un protocole ou un traitement d'urgence à prévoir (asthme, allergie, diabète, etc.) ?	OUI ☐	NON ☐
20	Y a-t-il un autre problème de santé dont l'équipe pédagogique devrait être informée ?	OUI ☐	NON ☐

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, il est recommandé de consulter un professionnel de santé avant la reprise ou le début des activités.

Bouger, s'exprimer, s'élever !