

Questionnaire d'aptitude à la pratique du sport.

-1- Votre médecin vous a-t-il déjà dit avoir des problèmes cardiaques et qu'en conséquence vous ne deviez faire que des activités physiques recommandées par le médecin ?

Oui Non

-2- Ressentez-vous des douleurs à la poitrine lorsque vous faites une activité physique ?

Oui Non

-3- Le mois passé, avez-vous eu une douleur à la poitrine alors que vous ne faisiez pas d'activité physique ?

Oui Non

-4- Avez-vous déjà eu des troubles d'équilibre suite à un étourdissement ?

Oui Non

-5- Avez-vous déjà perdu connaissance lors d'activités physiques ?

Oui Non

-6- Votre médecin vous a-t-il déjà dit avoir :

* Une tension artérielle trop élevée ? Oui Non

* Un problème osseux ou articulaire ? Oui Non

* Aggravé par l'exercice physique ? Oui Non

* Susceptible d'empirer avec l'exercice physique ? Oui Non

-7- Y a-t-il une quelconque raison médicale non reprise dans ce questionnaire qui ne vous permet pas de suivre un programme d'activités physiques que vous auriez souhaité ?

Oui Non

-8- Avez-vous plus de 65 ans et êtes-vous non habitué à des exercices vigoureux ?

Oui Non

-9- Votre médecin vous prescrit-il couramment des médicaments :

- Pour la tension artérielle

Oui Non

- Pour le cœur ?

Oui Non

- Pour le diabète ?

Oui Non

-10- Y a-t-il dans votre famille (proche ou lointaine) un cas connu de « mort subite » avant 50 ans ?

Oui Non

Votre prénom : Votre nom :

Votre poids : Votre taille :

Je soussigné avoir rempli ce questionnaire à la date du :

de façon honnête et complète, en vue de l'obtention « non automatique » de la signature du certificat d'aptitude à la pratique du tennis (interclubs, tournois) par le médecin qui, en le signant, engage sa responsabilité.

Signature.