📝 Formulaire de Santé – Team ACFIGHT Maisons-Laffitte

Nom, prénom : .....
Date de naissance : .....
Adresse : .....
Téléphone : .....
Discipline(s) pratiquée(s) (cocher) :
☐ Muay Thaï
☐ Jiu-Jitsu Brésilien
☐ MMA
☐ Cardio Fit Fight
☐ EMC

Questionnaire de santé (à remplir par le pratiquant ou le représentant légal si mineur)

Répondez par OUI ou NON à chacune des questions :

1. Votre médecin vous a-t-il déjà déconseillé la pratique d'un sport ?
2. Ressentez-vous une douleur dans la poitrine à l'effort ou au repos ?
3. Avez-vous déjà eu une perte de connaissance ou un malaise inexpliqué ?
4. Avez-vous déjà eu des palpitations cardiaques inhabituelles ?
5. Présentez-vous des problèmes respiratoires chroniques (asthme, etc.) ?
6. Avez-vous déjà eu un problème articulaire, musculaire ou osseux qui s'aggrave avec l'activité physique ?
7. Prenez-vous actuellement un traitement médical ?
8. Avez-vous eu récemment une blessure ou une opération chirurgicale ?

👉 Si vous répondez **OUI à une seule question**, un **certificat médical** est obligatoire.
👉 Si vous répondez **NON à toutes les questions**, vous pouvez pratiquer sans fournir de certificat médical (sauf compétition).

Déclaration et signature

Je soussigné(e), ...
certifie l'exactitude de mes réponses et m'engage à informer immédiatement le club de toute modification de mon état de santé.

Date : ..... **Signature du pratiquant (ou du représentant légal si mineur) :**