

Ce questionnaire permet au club d'adapter l'encadrement et de vérifier l'absence de contre-indication à la pratique du jiu-jitsu brésilien, du grappling et de la lutte, y compris en compétition. Il ne remplace pas le certificat médical lorsque celui-ci est exigé. Si vous répondez OUI à une ou plusieurs questions, un avis médical est nécessaire avant la reprise ou l'inscription.

IDENTITÉ DE L'ADHÉRENT

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

SECTION / FORMULE

NOM ET PRÉNOM DU REPRÉSENTANT LÉGAL (si mineur)

VOTRE ÉTAT DE SANTÉ — COCHEZ OUI OU NON À CHAQUE QUESTION

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Ressentez-vous une douleur dans la poitrine, des palpitations ou un essoufflement inhabituel à l'effort ? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 2. Avez-vous déjà eu un malaise, une perte de connaissance ou des vertiges pendant ou après un effort ? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 3. Avez-vous une tension artérielle élevée, une maladie cardiaque ou prenez-vous un traitement pour le cœur ? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 4. Êtes-vous asthmatique, ou avez-vous des difficultés respiratoires à l'effort ? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 5. Êtes-vous diabétique, épileptique, ou porteur d'une maladie chronique ? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 6. Avez-vous eu une commotion cérébrale, un traumatisme crânien ou une perte de connaissance au cours des 12 derniers mois ? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 7. Avez-vous une douleur ou une fragilité articulaire (épaule, genou, cheville, coude, doigts, cou) pouvant être sollicitée à la pratique ? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 8. Avez-vous eu une entorse, une luxation, une fracture ou une opération chirurgicale au cours des 12 derniers mois ? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 9. Souffrez-vous du dos, des cervicales ou d'une hernie discale ? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 10. Avez-vous un problème de peau contagieux (verrues, mycoses, boutons, plaies) ou des infections à répétition ? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 11. Avez-vous des allergies sévères (alimentaires, médicamenteuses, piqûres) nécessitant un traitement d'urgence ? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 12. Prenez-vous un traitement médical régulier ou portez-vous un dispositif médical ? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 13. Pour les adhérentes : êtes-vous enceinte ou avez-vous accouché au cours des 6 derniers mois ? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 14. Y a-t-il dans votre famille des antécédents de mort subite inexpliquée avant 50 ans ? | ☐ OUI | ☐ NON |

SI UNE RÉPONSE « OUI » — PRÉCISIONS UTILES POUR LE COACH

PRÉCISIONS (question concernée, traitement, consigne d'urgence)

DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je certifie l'exactitude de mes réponses. Je m'engage à signaler sans délai toute évolution de mon état de santé au club. Je reconnais qu'en cas de réponse « oui », un avis médical est nécessaire avant la première séance ou la reprise.

FAIT À

DATE

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL — mention « Lu et approuvé » puis signature