



OmYoga85

Tel 02 51 27 37 52 - Mail omyoga85@ymail.com site web : <https://omyoga85.webnode.fr> 22 route de Nantes – 85210 Sainte -Hermine

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Renouvellement d'adhésion - Année 2026-2027

Ce questionnaire vous permet de savoir si vous devez fournir un Certificat d'Absence de Contre-Indication (CACI) à la pratique du Yoga pour renouveler votre adhésion. **RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.**

Durant les douze derniers mois :	Oui / Non
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	
A ce jour :	
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?	
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	

☞ Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions ci-dessus : Pas de certificat médical à fournir. Complétez simplement l'attestation ci-dessous à nous retourner sans tarder.

☞ Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions : Un certificat médical à fournir.
Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



Attestation à découper et à remettre à l'Association Omyoga 85

NOM :	Prénom :	Né(e) le :
-------	----------	------------

Date du dernier certificat médical que j'ai fourni à l'association :

Reproduisez manuellement la phrase : « J'atteste avoir répondu **NON** aux neuf questions du questionnaire de santé, lors de ma demande d'adhésion pour l'année 2026-2027 »

.....
.....
.....

J'ai moi-même complété cette déclaration, sous ma seule responsabilité.

Fait à :

Date :

Signature :