



Ce questionnaire permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre adhésion à la pratique concernée, pour la saison 2026 / 2027.

PRATIQUE CONCERNÉE

☐ Tai Chi Chuan ☐ Qi Gong

NOM _____

PRÉNOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

Répondre à toutes les questions suivantes par OUI ou par NON

Ces réponses relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent

QUESTION	OUI	NON
AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS		
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 ? (<i>asthme</i>)	☐	☐
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 de votre médecin ?	☐	☐
6 Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (<i>hors contraception et désensibilisation aux allergies</i>) ?	☐	☐
À CE JOUR		
7 Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur à la suite d'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 OUI

à une ou plusieurs questions : il est **nécessaire de consulter votre médecin** afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné par vous.

SI NON

à toutes les questions : vous **n'avez pas de nouveau certificat médical** à fournir. Complétez et signez l'attestation ci-dessous.

L'attestation ci-dessous est remise à l'association **Dong Shu** — **conservez ce questionnaire** par devers vous, il ne doit pas être transmis.

----- ✕ PARTIE À DÉCOUPER ET À REMETTRE À L'ASSOCIATION DONG SHU -----

ASSOCIATION DONG SHU — SAISON 2026 / 2027

Attestation santé

Pour le renouvellement de l'adhésion à la section indiquée ci-dessous, de l'association Dong Shu, pour la saison 2026 / 2027.

PRATIQUE CONCERNÉE

☐ Tai Chi Chuan ☐ Qi Gong

NOM _____

PRÉNOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

DATE DU DERNIER CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE
CONTRE-INDICATION _____

Je, soussigné(e) _____, atteste sur l'honneur avoir répondu **négativement à toutes les rubriques** du questionnaire de santé pour la saison 2026 / 2027, que j'ai conservé.

FAIT À _____ LE _____

Signature de l'adhérent
(ou de son représentant légal)