

CENTRE CHORÉGRAPHIQUE EMMANUELLE LAROCHE

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ – PRATIQUE DE LA DANSE

À remplir par l'élève majeur ou, pour un élève mineur, par son représentant légal.

Consignes

Ce questionnaire permet de faire le point sur votre état de santé avant la reprise ou la poursuite de la pratique de la danse. Répondez à chaque question par OUI ou NON. En cas de doute ou de réponse positive, il est recommandé de demander l'avis d'un professionnel de santé avant la pratique.

Le questionnaire reste confidentiel et n'a pas à être transmis à l'association. Seul l'attestation est à retourner à l'association.

QUESTIONNAIRE

N°	Question	OUI	NON
1	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un problème de santé qui vous a empêché(e) de pratiquer normalement une activité physique ou sportive ?	☐	☐
2	Avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine pendant ou après un effort physique ?	☐	☐
3	Avez-vous eu des malaises, étourdissements importants ou pertes de connaissance pendant ou après un effort ?	☐	☐
4	Votre médecin vous a-t-il déjà déconseillé ou interdit la pratique d'une activité physique ou sportive ?	☐	☐
5	Avez-vous eu une blessure, une opération ou un problème articulaire ou musculaire récent qui pourrait être aggravé par la danse ?	☐	☐
6	Avez-vous eu des difficultés respiratoires inhabituelles pendant un effort ?	☐	☐
7	Avez-vous constaté une fatigue inhabituelle ou une baisse importante de vos capacités physiques sans raison connue ?	☐	☐
8	Prenez-vous actuellement un traitement ou avez-vous un problème de santé pour lequel la pratique de la danse pourrait nécessiter des précautions particulières ?	☐	☐
9	Une personne de votre entourage familial a-t-elle eu un problème cardiaque grave ou un décès brutal lié au cœur à un âge inhabituellement jeune ?	☐	☐
10	Avez-vous aujourd'hui une raison quelconque de penser que la pratique de la danse pourrait présenter un risque pour votre santé ?	☐	☐

QUE FAIRE APRÈS LE QUESTIONNAIRE ?

• Si vous avez répondu **NON à toutes les questions** : vous pouvez compléter et signer le talon ci-dessous, puis le retourner à l'association par e-mail. Le questionnaire reste en votre possession.

• Si vous avez répondu **OUI à une ou plusieurs questions** : ne retournez pas le questionnaire à l'association. Demandez l'avis de votre médecin avant la pratique si nécessaire.



CENTRE CHORÉGRAPHIQUE EMMANUELLE LAROCHE

Document à remettre à l'association — le questionnaire de santé lui-même ne doit pas être transmis.

Attestation

Nom de l'élève : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Saison : 2026 – 2027

Je soussigné(e), représentant(e) légal(e) de l'élève mineur(e) indiqué(e) ci-dessus (ou l'élève majeur(e) lui-même / elle-même), atteste avoir rempli le questionnaire de santé correspondant à sa situation.

■ **J'atteste avoir répondu « NON » à l'ensemble des questions du questionnaire de santé.**

En conséquence, je certifie qu'à ma connaissance, aucune réponse positive au questionnaire ne nécessite de consultation médicale préalable dans le cadre de cette démarche.

Si une réponse « OUI » a été donnée, cette attestation ne doit pas être signée : une consultation médicale est nécessaire et, lorsque la réglementation ou la Fédération Française de Danse l'exige, un certificat médical devra être fourni.

Signature

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / ____

Nom du signataire : _____

Signature : _____

Important – confidentialité : ne transmettez pas le questionnaire de santé à l'association. Seule cette attestation est remise lorsque le cadre applicable le prévoit. Les réponses au questionnaire relèvent de la responsabilité du pratiquant ou de son représentant légal.