

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ - Nuance Studio de danse



À remplir par l'élève (ou par le parent pour les mineurs) –

Confidentiel

(Cocher OUI ou NON pour chaque question)

Au cours des 12 derniers mois :

1. Un professionnel de santé vous a-t-il déconseillé la pratique d'une activité physique ou sportive ?
☐ Oui ☐ Non
2. Ressentez-vous une douleur dans la poitrine, au repos ou pendant l'effort ?
☐ Oui ☐ Non
3. Avez-vous eu un épisode de perte de connaissance ou de malaise inexplicable ?
☐ Oui ☐ Non
4. Avez-vous présenté un essoufflement inhabituel pendant l'effort ?
☐ Oui ☐ Non
5. Avez-vous eu une blessure ou une opération récente qui pourrait limiter la pratique de la danse ou du Pilates ?
☐ Oui ☐ Non
6. Suivez-vous actuellement un traitement médical régulier ?
☐ Oui ☐ Non
7. Avez-vous un problème de santé chronique (cardiaque, respiratoire, articulaire, autre) qui pourrait être aggravé par l'activité physique ?
☐ Oui ☐ Non

⚠ Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la danse/Pilates sera demandé.

Nom et prénom de l'élève : _____

Nom et prénom du parent (si mineur) : _____

Date : ____ / ____ / 2025 Signature : _____