

PISCINE :

ACTIVITE :

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR D'APTITUDE PHYSIQUE VALABLE SUR L'ENSEMBLE DES PISCINES DU TERRITOIRE EST ENSEMBLE
ANNEXE II-23(ART.A.231-3) DU CODE DU SPORT**

IDENTITE	
Nom.....	Prénom.....
Sexe : Cochez : F : <input type="checkbox"/> M : <input type="checkbox"/> Date de naissance.....	
Adresse.....	
Code postal	Commune.....
Téléphone.....	

Répondez aux questions par OUI ou NON *	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel, ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Avez-vous été hospitalisé une journée ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
8) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du pratiquant		

Toutes les réponses au questionnaire donne lieu à une réponse négative, dans le cas contraire vous devez fournir un certificat médical.

Je m'engage à informer l'établissement en cas de problème médical survenant en cours de saison et pouvant avoir une incidence lors de la pratique d'activité physique.

Cette attestation est valable pour l'ensemble de la saison 2025/2026. A la fin de sa période de validité, je déciderai, ou non, de la renouveler à la suite d'un examen médical.

Date / /

Signature (Précédée de la mention « certifiée pour faire valoir »)