

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 : ☐ M : ☐ 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 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) ?	☐	☐
7) Avez-vous été hospitalisé une journée ou plus ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
9) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
* 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 2026/2027. 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 »)