

La fourniture d'un certificat médical est obligatoire :

- à la première adhésion
- après trois ans d'adhésion
- en cas d'arrêt de l'adhésion pendant deux ans
- Attention, pour les pratiquants de plus de 70 ans, l'obligation de remise de certificat médical demeure annuelle

Pensez à bien faire préciser par le médecin les activités que vous souhaitez pratiquer (Randonnée pédestre, Marche nordique, Marche rapide, Longe-côte)

Pour les autres cas :

- La présentation d'un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive est conseillée mais non obligatoire

- Toutefois PASAPAS vous recommande d'analyser avec votre médecin si, le cas échéant, la pratique des disciplines que vous envisagez doit être adaptée à votre état de santé.

- Pour vous aider dans cette démarche, nous vous proposons page suivante l'auto-questionnaire « Q-AAP+ » élaboré par la Haute Autorité de Santé, qui comporte sept questions de base. Une réponse positive à une ou plusieurs questions devrait vous inciter à une consultation médicale préalable. (ce document est bien sûr confidentiel et ne doit être communiqué qu'au médecin de votre choix)

Auto-questionnaire « Q-AAP+ » (questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique pour tous)

Lisez les 7 questions avec attention et répondez à chacune avec honnêteté, par oui/non	oui	non
1. Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque <input type="checkbox"/> ou d'une hypertension <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ressentez-vous une douleur à la poitrine au repos, ou au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'AP ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissements ou avez-vous perdu conscience au cours des 12 derniers mois ? Répondez non si vos étourdissements étaient liés à de l'hyperventilation (y compris pendant une AP d'intensité élevée).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà été diagnostiqué d'une autre maladie chronique (autres qu'une maladie cardiaque ou d'hypertension artérielle) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lister les maladies ici :		
5. Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lister les maladies et les médicaments ici :		
6. Avez-vous présentement (ou avez-vous eu dans les 12 derniers mois) des problèmes osseux, articulaires, ou des tissus mous (muscle, ligament, ou tendon) qui pourraient être aggravés par une augmentation d'AP ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NB. Répondez non si vous avez déjà eu un problème dans le passé, mais qui ne limite pas votre pratique d'AP présente.		
Lister vos problèmes médicaux ici :		
7. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous ne devriez pas faire d'AP sans supervision médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>