

Questionnaire de santé

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :

OUI NON

1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ? OUI NON

2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? OUI NON

3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? OUI NON

4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? OUI NON

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 ? OUI NON

6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? OUI NON

A ce jour :

7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ? OUI NON

8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? OUI NON

9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? OUI NON

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par le club, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de l'adhésion. *[Cela peut faire l'objet d'une clause à cocher dans vos fiches d'adhésions]*

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous êtes fumeur, nous vous conseillons une consultation médicale. Si vous êtes suivi pour une pathologie chronique, avertissez votre médecin de votre pratique sportive.

Partie ci-dessous à détacher

Attestation de santé pour le renouvellement d'une pratique sportive de loisirs ou le renouvellement d'une licence sportive pour l'année 202...-202...

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive :/...../..... Activité pour 202...-202... :

Délivré à (nom-prénom et date de naissance) : : / /

Je, soussigné(e), Atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à TOUTES les rubriques du questionnaire de santé.

A, le