

Questionnaire de santé adulte pour le renouvellement de l'adhésion à l'association

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

Questionnaire Santé - Sport rempli le :

Nom, Prénom Date de naissance :

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR 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 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) ?		

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 ?		
8/ Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9/ Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

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

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : Il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à nous fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions : Vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir.

Complétez et signez l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conservez).

Partie à détacher

.....
.....

Attestation santé pour le renouvellement de l'adhésion

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

Je soussigné,atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé.

A :, Le :

Signature du pratiquant ou de son représentant légal.