



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

NOM :

PRENOM :

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre adhésion

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON *	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé 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"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Notez Bien : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement **attestez**, selon les modalités d'inscriptions prévues par l'association, avoir répondu **NON à toutes les questions** lors de la demande de renouvellement d'adhésion.

y :

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

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

DATE :

SIGNATURE: