

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ**

Saison 2019-2020

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non		OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois :</b>			
1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?	<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"/>
<b>A ce jour :</b>			
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 activité sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Ainsi il n'est pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de votre activité.

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions en remplissant le coupon ci-dessous.

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :** Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

**Ce questionnaire est confidentiel et ne doit être remis qu'à un médecin si nécessaire.**

**ATTESTATION 2019-2020**

(coupon à découper et à donner au responsable de l'activité)

Je soussigné :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Déclare avoir précédemment fourni un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport daté à partir du 30 juin 2017 et atteste avoir répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire de santé. Je sais qu'à travers cette attestation j'engage ma propre responsabilité.

Certificat médical précédent :

Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Date et signature du titulaire ou du représentant  
légal