

Questionnaire de santé - Praticants majeurs

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour votre inscription aux activités sportives.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est 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 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"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'utilisateur</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir, simplement atteste, avoir répondu NON à toutes les questions sur le coupon ci-dessous

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez votre médecin et présentez lui ce questionnaire signé

ATTESTATION DE RÉPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

PRATIQUANTS MAJEURS

Je soussigné(e) M / Mme

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu **par la négative** à toutes les questions.

Le/...../.....

Signature