

SI VOTRE DERNIER CERTIFICAT MEDICAL DATE DE MOINS DE 3 ANS

QUESTIONNAIRE DE SANTE ADULTES

Ce questionnaire de santé permet de savoir si 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 subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?		
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) Avez-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.

Notifications :

« Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions et que votre dernier certificat médical date de moins de 3 ans: Pas de certificat médical à fournir »

« Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions : certificat médical à fournir
Consultez votre médecin et présentez lui ce questionnaire renseigné

ATTENTION: en cas de doute sur les réponses à donner, l'intéressé est seul responsable de la (ou des) réponses à donner

J'atteste avoir répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire de santé lors de la demande de renouvellement de mon adhésion

NOM

PRENOM

Signature de l'intéressé