



### QUESTIONNAIRE SANTE

Merci de répondre à toutes les questions de ce questionnaire

Questionnaire Santé - Sport rempli le .....

Nom, Prénom : ..... Date de naissance: .....

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES REPONDEZ PAR OUI OU NON DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :	OUI	NON
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 eu un épisode de respiration sifflante (asthme)?		
4) Avez eu une perte de connaissance?		
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord du médecin?		
6) Avez-vous débuté un traitement 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?		
<b>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du pratiquant ou de son représentant légal</b>		

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'établir un nouveau certificat médical. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.

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

Compléter et valider l'attestation de santé en bas du formulaire d'inscription et conserver ce formulaire.