



QUESTIONNAIRE DE SANTE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

	OUI	NON
• Durant les douze derniers mois, un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?		
• Durant les douze derniers mois, avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
• Durant les douze derniers mois, avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
• Durant les douze derniers mois, avez-vous eu une perte de connaissance ?		
• Durant les douze derniers mois, 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 ?		
• Durant les douze derniers mois, avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
• A ce jour, 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 ?		
• A ce jour, votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
• A ce jour, pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions, pas de certificat médical à fournir.

Si vous avez répondu OUI à une question, consultez un médecin pour obtenir un certificat médical datant de moins de 6 mois.

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié, ou du responsable légal pour un mineur.