

- | ➤ Durant les 12 derniers mois ... | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (type asthme) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Avez-vous eu une perte de connaissance ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ 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"/> |
| ▪ Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | ➤ 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

➤ Si vous avez répondu NON à toutes les questions :
Attestez en bas de page, pas d'obligation de certificat médical.

➤ Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :
Consultez un médecin avant d'entamer une pratique sportive.

DECHARGE SANTE / SPORT

Je soussigné Mme/M. (Adhérent-e ou représentant légal),

Nom : _____ Prénom : _____

Certifie avoir répondu « NON » à toutes les questions du formulaire de santé ci-dessous.

A

Le/...../20...

Signature :