Saison 20___/20___

QUESTIONNAIRE DE SANTE

(Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive)

NOM de l'adhérent : *Prénom :*

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

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON. DURANT LES DOUZE 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-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) Avez-vous 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 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.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical daté de moins de 3 mois à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

* Le Questionnaire de santé est à conserver par le club.

ATTESTATION QUESTIONNAIRE MEDICAL ***(à remplir par le licencié ou le représentant légal)***

☐ J'atteste par la présente avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions relatives au questionnaire de santé et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entrainera **obligatoirement** la production d'un nouveau certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport et/ou un sport aquatique.

FAIT LE ……/……/…… A……

Signature de l'adhérent

SPORTING CLUB DU 14
18 avenue Marc Sangnier
75014 PARIS