



Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON. Les réponses ne relèvent que de votre seule responsabilité.

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 ?	☐	☐
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 ?	☐	☐

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions : Simplyment attestez en remplissant le coupon ci-dessous.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions : Consultez un médecin

Ce questionnaire est confidentiel et ne doit être remis qu'à un médecin si nécessaire.



ATTESTATION

(Coupon à découper et à joindre au bulletin d'adhésion)

Je soussigné

Mme ☐ Mr ☐ Nom : Prénom :

Atteste avoir répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire de santé.

Je sais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle du CLOCA ne pourrait être recherchée.

A Achères le :

Signature du titulaire ou du représentant légal :