

 Merci de répondre à **toutes** les rubriques de ce questionnaire :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON****AU COURS DES 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-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) ? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON****A CE JOUR** | **OUI** | **NON** |
|  |
| 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.) survenue 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 ? |  |  |

**N.B : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié ou des parents pour les enfants mineurs.**

* **Si vous avez répondu OUI** à une ou plusieurs questions : Il est nécessaire de consulter votre médecin afin d’obtenir un nouveau certificat médical et de nous le fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.
* **Si vous avez répondu NON** à toutes les questions : Vous n’avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Complétez et Signez l’Attestation ci-jointe et remettez là à votre Association.

**Conservez le Questionnaire de Santé qui est Personnel et Strictement Confidentiel et retournez l’Attestation ci-dessous.**

**A découper ✂ - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

Nom, prénom du licencié :…………………………………………………

Date de naissance :………………

Date du dernier certificat médical d’absence de contre-indication à la pratique d’une activité physique où sportive : ………………………………………

Je, soussigné, **………………………………………………** atteste sur l’honneur, avoir répondu négativement à **toutes** les rubriques du Questionnaire de Santé.

A : St Laurent du Pont Le : …………………………

Nom, prénom et signature du Pratiquant