



QUESTIONNAIRE DE SANTE



Répondez aux questions suivantes par oui ou par non. Durant les 12 derniers mois :		Oui	Non
1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Ainsi il n'est pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de sport.

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande d'adhésion.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

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

✂-----

ATTESTATION

(coupon à découper et à joindre avec la demande d'adhésion)

Je soussigné :

Nom : Prénom :

Déclare avoir précédemment fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans à ce jour et atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.

Je sais qu'à travers cette attestation, et comme cela est précisé dans l'article D231-1-5, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle du C.O.Ulis ne pourra être recherchée.

Certificat médical précédent : Date : ___/___/_____ Nom du médecin : _____	Date et signature du titulaire ou représentant légal
--	---



CERTIFICAT MEDICAL

(article L231-2 du code du sport)

Je soussigné(e), docteur _____

Certifie avoir examiné ce jour : M. Mme. _____

Né(e) le (jj/mm/aaaa) : _____

Et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratiquer de l'Aïkido en compétition ou en loisir.

Date (jj/mm/aaa) : _____

Signature et tampon du praticien
Obligatoire

Données morphologique facultatives communiquées pour permettre une analyse globale fédérale
anonymée :