**NOM :**

**PRENOM :**



**Questionnaire de Santé–SPORT**

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON\*** | **OUI** | **NON** |
| **Durant les 12 derniers mois** | | |
| 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 de l’adhérent.* | | |

**ATTESTATION**

Je soussigné(é) M/Mme (nom prénom) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atteste avoir renseigné la questionnaire de santé QS-SPORT et avoir répondu par la négative à l’ensemble des rubriques.

**DATE ET SIGNATURE**

**ATTESTATION MINEUR (si mineur)**

Je soussigné(é) M/Mme (nom prénom) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En ma qualité de représentant légal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atteste avoir renseigné la questionnaire de santé QS-SPORT et avoir répondu par la négative à l’ensemble des rubriques.

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, avoir répondu NON à toutes les questions lors de votre inscription.

**Si vous avez répondu NON à toutes Ies questions :**

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

**Si vous avez répondu OUI à une ou pIusieurs questions :**