



# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

## SAISON 2022/2023

**Ce questionnaire de santé À CONSERVER PAR L'ADHÉRENT**

| REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.<br>DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :  | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?               | <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 du 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"/> |

### À 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"/> |

**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent**

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions : il n'y aura pas de certificat médical à fournir.

En revanche, si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, il faudra fournir un certificat médical et consulter un médecin en lui présentant ce questionnaire.

.....

**Volet à remettre à l'association**

### ATTESTATION DE SANTÉ POUR LA SAISON 2022/2023

Je soussigné(e) : Nom.....Prénom.....

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)...../...../.....

Atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé.

|    |  |
|----|--|
|    | Signature de l'adhérent ou de son représentant légal |
| A  |  |
| Le |  |