



AUTO-QUESTIONNAIRE SANTE POUR REINSCRIPTION : 2025

Ce questionnaire de santé est à fournir avec votre bulletin de « réinscription »
C'est un document rempli comme une « Déclaration d'honneur »
Nous comptons sur votre honnêteté. Merci.

Veuillez répondre, 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 inexplicée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, 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 d'un médecin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée ?
(hors contraception ou désensibilisation aux allergies) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 ? | <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 « **OUI** » à une ou plusieurs questions :
Nous vous conseillons de consulter un médecin, et, de lui présenter ce questionnaire renseigné. Merci.

Fait à :

le :

Signature