



## QUESTIONNAIRE SANTE POUR INSCRIPTION 2023

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez nous fournir un certificat médical pour renouveler votre inscription à notre Association.

Veuillez répondre aux questions suivantes par : **OUI** ou par **NON**. Merci.

### Durant les 12 derniers mois :

- |   | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?                                 | <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 arrêtez 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 :

- |  | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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 « **NON** » à toutes les questions et que vous avez fourni un certificat médical qui a moins de 3 ans :

**PAS DE CERTIFICAT MEDICAL A FOURNIR**

Si vous avez répondu « **OUI** » à une ou plusieurs questions :

**CERTIFICAT MEDICAL A FOURNIR**

Veuillez consulter un médecin, et, présentez-lui ce questionnaire renseigné. Merci.