

QUESTIONNAIRE DE SANTE 2021 - 2022



Questionnaire Santé- rempli le :

Date de Naissance :

Nom Prénom:.....

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non durant les 12 derniers mois:

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
Ressentez vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (Fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, ect.) survenu durant les 12 des derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre pratique sportive est elle interrompue pour des raisons de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 responsabilité du licencié

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation ci-dessous et fournissez-la sans le questionnaire (que vous conserverez)

COUPON ATTESTATION QUESTIONNAIRE SANTE

Nom - Prénom du licencié:

Date de Naissance:

Date du dernier certificat médical d'absence de contre- indication à la pratique d'une activité physique et sportive:

.....

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

Date:

Nom, Prénom et signature du pratiquant.