

Questionnaire de santé

Ce questionnaire de santé vous permet d'évaluer la nécessité d'une consultation médicale pour poursuivre votre activité. Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent. Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON

Durant les 12 derniers mois

- 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ? OUI NON
- 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? OUI NON
- 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? OUI NON
- 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? OUI NON
- 5) Si vous avez arrêté le sport pendant plus de 30 jours pour des raisons de santé, avez repris sans l'accord de votre médecin ? OUI NON
- 6) Consommez-vous régulièrement de l'alcool, tabac, cannabis, autres drogues ? OUI NON
- 7) Souffrez-vous d'une maladie chronique ? OUI NON
- 8) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? OUI NON

À ce jour

- 9) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, ...) OUI NON
- 10) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? OUI NON
- 11) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour votre pratique sportive ? OUI NON

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, nous vous conseillons de consulter votre médecin en lui présentant ce questionnaire rempli pour avoir son avis sur la poursuite de votre pratique.

Le Certificat médical n'est plus obligatoire.

Vous devez cependant nous **renvoyer l'attestation** jointe comme quoi vous avez bien répondu aux questions ci-dessus et en avez tiré les conséquences à

Christian DELMOTTE
Sousvignes
66720 Rasiguères

Ne renvoyez pas le questionnaire avec vos réponses qui sont strictement confidentielles.