ACTIVITE SPORT/SANTE

QUESTIONNAIRE DE SANTE

NOM : **PRENOM :**

Durant les douze derniers mois

1. Un membre de votre famille est il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? ☐
2. Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? ☐
3. Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante ? (Asthme) ☐
4. Avez-vous eu une perte de connaissance ? ☐
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 ? ☐
6. Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (Hors contraception et désensibilisation Aux allergies) ☐

A 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) ? ☐
8. Votre pratique sportive est elle interrompue pour des raisons de santé ? ☐
9. Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre activité sportive ? ☐

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir

Si vous avez répondu oui à une ou plusieurs questions : certificat médical à fournir.

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné

DATE : **SIGNATURE DU DECLARANT**

Décret n° 20161157 du 24 aout 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de l'absence de contre indication à la pratique du sport

Arrêté du 20 Avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive