

Prénom et nom :

Questionnaire de Santé pris en application des articles D231-1 et suivants du Code du Sport
--

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES EN COCHANT OUI OU NON.	OUI	NON
Durant les douze derniers mois :		
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord du médecin ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
À 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, etc.) survenu durant les douze derniers mois ?		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié		

- **Si vous refusez de répondre à ce questionnaire :** vous devez faire remplir un certificat médical ci-contre par votre médecin ou présenter un nouveau certificat médical.

- **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :** vous devez consulter votre médecin avec ce questionnaire pour qu'il vous établisse un nouveau certificat médical.

- **Si vous avez répondu NON à toutes les questions :** vous n'avez pas à fournir un nouveau certificat médical et vous attestez de la véracité des réponses aux questions par votre signature ci-dessous.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature du participant ou de l'un de ses représentants légaux si mineur.e :