## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SI LE CERTIFICAT MÉDICAL EN NOTRE POSSESSION A MOINS DE 3 ANS

***NB : Veuillez répondre par oui ou par non à la fin de chaque question***

***Durant les 12 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) ?

***À ce jour :***

7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur par suite d'un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?

8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?

9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

10) Je refuse de répondre au questionnaire et je présenterai un nouveau certificat médical :

***Important :*** Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent. Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Pas de nouveau certificat médical. Joignez simplement ce questionnaire à votre fiche d'inscription.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : Il est impératif de nous fournir un nouveau certificat médical. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

**Nom et Prénom :** .....

Fait, le .....  Signature