

Le questionnaire est à utiliser **pendant les deux saisons** qui suivent celle pour laquelle un certificat médical a été délivré.

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non

Durant les douze dernier mois :	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexplicée ?		
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 des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A ce jour :		
Ressentez-vous un 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 12 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 ?		

Attention :

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent ou de son représentant légal s'il est mineur.

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions :

- Remplir l'attestation ci-dessous - Pas de certificat médical à refaire.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :

- Fournir un Certificat médical

ATTESTATION

Je soussigné, Nom :

Prénom :

Représentant légal de :

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé pour la saison 2018-2019.

Avoir répondu NON à toutes les questions.

Fait à :

le / /

Signature :