

## QUESTIONNAIRE DE SANTE

Si vous avez déjà fourni un certificat médical de non contre-indication à une date postérieure au 1er septembre 2017, merci de remplir le questionnaire de santé et l'attestation ci-dessous.

**Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON\***

**OUI    NON**

### Durant les 12 derniers mois

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 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, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**\*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.**

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

Nouveau certificat médical à fournir.  
Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

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

Vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir.  
Compléter et signer l'attestation de santé ci-dessous et donnez-la à votre responsable d'activité.

### -----

#### ATTESTATION

Je soussigné M/Mme ..... atteste par la présente avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions relatives au questionnaire ci-dessus et avoir précédemment fourni un certificat médical postérieur au 01/09/2017.

Je sais qu'à travers cette attestation, j'engage ma seule responsabilité et en aucun cas, celle de l'ASBF Cham Vic ne pourra être recherchée.

Date et signature de l'adhérent ou du représentant légal :