



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS – SPORT »

Vous pouvez répondre à ce questionnaire si nous avons un certificat médical datant de moins de 3 ans, et si vous avez été adhérent en continu depuis cette date

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non. Durant les 12 derniers mois :		Oui	Non
1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?	<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"/>

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions, il n'y aura pas de certificat médical à fournir.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, il faudra fournir un certificat médical et consulter un médecin en lui présentant un questionnaire:

Coupon à découper et à joindre avec le bulletin d'adhésion

Association : Année: 20...../ 20.....

Nom : Prénom :

Je déclare avoir précédemment fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans à ce jour et atteste avoir répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire de santé.

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

A , le/...../.....

Signature du titulaire ou du représentant légal