

Questionnaire Santé 2020-2021

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.

*Obligatoire

Nom-Prénom *

Votre réponse

Date de naissance *

Date

Au cours des 12 derniers mois

Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? *

Oui

Non

Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? *

Oui

Non

Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? *

Oui

Non

Avez-vous eu une perte de connaissance ? *

Oui

Non

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 ? *

Oui

Non

Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? *

Oui

Non

A 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, ...) survenu durant les 12 derniers mois ? *

Oui

Non

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

Oui

Non

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

Oui

Non

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

Pas de certificat médical à fournir. Vous devez attester avoir répondu **NON** à toutes les questions lors de la demande de la demande d'adhésion (remplir l'attestation correspondante.)

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

Certificat Médical à fournir. Consultez votre médecin afin d'avoir un avis médical par rapport à la pratique sportive que vous envisagez.

Votre inscription ne sera prise en compte qu'à réception du certificat médical de non-contre-indication à la pratique d'une activité sportive.