



CERFA
N°15699*01

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

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

1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?

Oui non

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

Oui non

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

Oui non

4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?

Oui non

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 ?

Oui non

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

oui non

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 ?

Oui non

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

Oui non

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

Oui non

***NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.**

SI VOUS AVEZ REPONDU **NON** A TOUTES LES QUESTIONS **PAS DE CERTIFICAT MEDICAL A FOURNIR**
SI VOUS AVEZ REPONDU **OUI** A UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS **CERTIFICAT MEDICAL A FOURNIR**

