      

QUESTIONNAIRE DE SANTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.**  **DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :** | **OUI** | **NON** |
| 1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une cause cardiaque ou inexpliquée ? |  |  |
| 1. Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? |  |  |
| 1. Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? |  |  |
| 1. Avez-vous eu une perte de connaissance ? |  |  |
| 1. Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l’accord du médecin ? |  |  |
| 1. Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? |  |  |
| **A CE JOUR :** | | |
| 1. 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 ? |  |  |
| 1. Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? |  |  |
| 1. Pensez-vous avoir besoin d’un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? |  |  |
| **NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié** | | |

Questionnaire de santé publié par l’Arrêté du 20 Avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d’une licence sportive au JORF N°0105 du 4 mai 2017.

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

En revanche, si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs questions, il faudra fournir un certificat médical et consulter un médecin en lui présentant le questionnaire.