

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ**

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 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"/>
À 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 de l'adhérent.

Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions :

Ainsi il n'est pas constaté à ce jour de contre-indication à la pratique d'une activité sportive au sein de notre association. Pas de certificat médical à fournir. Simplement, atteste, en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions lors du renouvellement de l'inscription.

Si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs questions :

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

CE QUESTIONNAIRE EST CONFIDENTIEL ET NE DOIT ÊTRE REMIS QU'À UN MÉDECIN, SI NÉCESSAIRE

**ATTESTATION**

(coupon à découper et à remettre au référent de votre section)

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

N° d'adhérent :

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, je m'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de l'Amicale laïque et parents d'élèves de l'école publique de Loperhet ne pourra être recherchée.

Certificat médical précédent

Date : ___/___/___

Nom du médecin :

**Date et signature du titulaire
ou de son représentant légal :**