QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR MAJEUR

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive. **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 ?		
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
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 ?		
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		
10) Êtes-vous reconnu en situation de handicap pouvant contre-indiquer la pratique de certaines activités physiques et sportives ?		
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		

ATTESTATION DE SANTE:

Nom : …… Prénom : ……...
Activité(s) sportive pratiquée(s) au CSAD : …….

Par la présente, je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance de ce questionnaire et j'atteste avoir :

☐ Répondu **NON** à toutes les questions ; dans ce cas vous n'avez pas de formalités médicales supplémentaires.*****

☐ Répondu **OUI** à une ou plusieurs question(s) ; **dans ce cas veuillez nous transmettre un certificat médical.**

Fait à le, Signature

*** Toute fausse déclaration entraîne la nullité de l'assurance.**