



# Questionnaire Santé - ADULTE

**1. NOUVELLE ADHESION** → Certificat médical obligatoire (valable 3 saisons)

## 2. RENOUVELLEMENT

**Si votre certificat médical a moins de 3 ans et que vous avez répondu NON à toutes les questions :** Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de l'adhésion.

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

**Certificat médical à fournir.** Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné et le modèle de certificat médical inclus sur la demande d'adhésion.

### Rappel :

Ce questionnaire de santé est anonyme et conservé par l'adhérent. Il ne sera pas transmis à l'association lors de la demande d'adhésion. Pour attester avoir respecté la procédure ministérielle, compléter les informations sur le formulaire de demande d'adhésion du club (case à cocher attestant avoir rempli le questionnaire de santé par la négative ou fourniture du certificat médical le cas échéant).

### DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :

OUI NON

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1   Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2   Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?                 | <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 :

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.) survenue 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"/> |