

## Questionnaire de santé « QS – SPORT » ADULTES

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre inscription

<b>Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON* OUI NON</b>		
<b>Durant les 12 derniers mois</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?		
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 ?		
<b>A ce jour</b>		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
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 ?		
<b>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent</b>		

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir.  
Simpletment attestez avoir répondu NON à toutes les questions**

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : Certificat médical à fournir.  
Consultez un médecin et présentez lui ce questionnaire renseigné.**



Partie ci-dessous à détacher

**Attestation de santé pour la pratique sportive de loisirs**

Je soussigné (e), M/Mme (Prénom Nom)

-----

-----

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699 .01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature de l'adhérent(e)

## Questionnaire de santé « QS – SPORT » ADULTES

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre inscription

<b>Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON* OUI NON</b>		
<b>Durant les 12 derniers mois</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?		
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 ?		
<b>A ce jour</b>		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
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 ?		
<b>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent</b>		

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir.  
Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions**

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : Certificat médical à fournir.  
Consultez un médecin et présentez lui ce questionnaire renseigné.**



Partie ci-dessous à détacher

Attestation de santé pour la pratique sportive de loisirs

Je soussigné (e), M/Mme (Prénom Nom)

-----

-----

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699 .01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature de l'adhérent(e)