



QUESTIONNAIRE DE SANTE 2020-2021

ACTIVITE

A renseigner par l'adhérent ou son représentant légal uniquement dans le cas d'un renouvellement dans la même activité

Répondez 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 crise cardiaque ou inexplicable ?		
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 ?		

Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : pas de certificat médical à produire

Vous attestez à ce jour en remplissant le coupon ci-dessous, que vous n'avez pas de contre-indication à la pratique de votre activité sportive.

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

ATTESTATION

Nom (adhérent) :

Prénom :

Activité sportive :

N° de licence de l'adhérent :

Je soussigné(e) : _____ (Nom de l'adhérent ou du représentant légal de l'adhérent) déclare avoir précédemment fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans, à la date de l'inscription pour la saison 2019-2020, et atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.

Je sais qu'à travers cette attestation, et comme cela est précisé dans l'article D. 231-1-4 dans l'annexe II-22 du Code du sport, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de l'ASMC ne pourra être recherchée.

Certificat médical précédent :

Date : __/__/____

Nom du médecin : _____

Date et signature du titulaire ou du représentant légal

____/____/____