



QUESTIONNAIRE DE SANTE ADHERENT MAJEUR -2021-2022

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 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 :		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.) 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 fournir.

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 :

Je soussigné(e) : (Nom 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 2021-2022 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 de l'adhérent