



# QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LA PRATIQUE SPORTIVE.

*Ce questionnaire ne concerne que les adhérents ayant fourni un certificat médical durant l'une des deux dernières saisons. Dans le cas contraire, nécessité de transmettre un certificat médical de non contrindication à la pratique de la discipline concernée.*

*Pour les séances de bébés nageurs, ce questionnaire concerne aussi les accompagnants dans l'eau et est à fournir au début de chaque nouvelle saison.*

Discipline : .....Nom : ..... Prénom : ..... Age : .....

Répondez par oui ou par non aux questions suivantes concernant les évènements survenus durant les 12 derniers mois	OUI*	NON*
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?		
2) Avez-vous ressenti, au cours de la dernière année écoulée ou récemment, une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3) Avez-vous été victime d'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 récemment un traitement médical de longue durée (excepté contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
7) A ce jour, 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 dans les 12 derniers mois ?		
8) A ce jour, votre pratique sportive a-t-elle été suspendue pour raison de santé ?		
9) A ce jour, pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre activité sportive ?		

**NB : \* Cochez la case.**

*Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent ou de son tuteur légal.*

*Si vous avez fourni un certificat médical durant l'une des 2 saisons précédentes et si vous avez répondu non à toutes les questions, pas de certificat médical de non contrindication à produire.*

*Si vous avez répondu oui à une ou plusieurs questions, nécessité de passer une visite médicale préalable et de fournir un certificat médical de non contre indication à la pratique de la discipline retenue.*

Date : ..... Signature : .....