

QUESTIONNAIRE SANTE

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON		
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause 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		
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 ?		

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

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

Volet à renvoyer à Temps Libre

Je soussigné(e)

Atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire santé publié par l'arrêté du 20 avril 2017, lors de ma demande de **RENOUVELLEMENT** de mon inscription à l'activité de
De Temps Libre

Je suis informé(e) que les réponses formulées relèvent de ma seule responsabilité

A Le .../.../.....

Signature