

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Questionnaire de santé publié par l'Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une inscription sportive au JORF n°0105 du 4 mai 2017

Répondez 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 inexplicée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A ce jour | OUI | NON |
| 7) Ressentez-vous actuellement une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire survenu durant les 12 derniers mois ? (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent. | | |

Si vous avez répondu NON à toutes les questions
 Pas de certificat médical à fournir.
 Simplement attestez, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de réinscription, en complétant et signant le bas de cette page.

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

Je soussigné(e) (Nom, prénom) atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 20 avril 2017, lors de la demande de réinscription pour la saison sportive 2017/2018 à l'association Ribototem

pour la section :

A, le

Signature :