

## QUESTIONNAIRE SANTE

POUR LA PRATIQUE DES ACTIVITES CLUB 2024/25

FAMILLES RURALES DE CHARQUEMONT

Merci de répondre à toutes les réponses de ce questionnaire :

**NOM** : ..... **PRENOM** : .....

**Date de Naissance** : ..... / ..... / .....

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour pratiquer une activité sportive

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
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"/>
<b>A ce jour</b>		
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 ?	<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 OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Vous n'avez pas de certificat médical à fournir. Complétez et signez l'attestation ci-dessus et joignez là au dossier d'inscription. Conservez le questionnaire.

### Attestation de santé pour la pratique des activités club 2024-25

NOM Prénom ..... Date de Naissance ..... / ..... / .....

Je soussigné ..... (responsable légal si mineur) atteste sur l'honneur des réponses négatives à toutes les rubriques du questionnaire santé 2024/25.

Date et signature