



QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS-SPORT »

pour renouvellement autorisation de pratique sportive

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical.

Il doit être dûment complété, daté et signé.

NOM : PRENOM :

Téléphone :

REPONDEZ 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 cause cardiaque ou inexpliquée ?	<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"/>
<u>A CE JOUR :</u>		
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 REPONSES FORMULEES RELEVANT DE LA SEULE RESPONSABILITE DE L'ADHERENT		

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

C'est mon cas, je coche ici

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

C'est mon cas, je coche ici

DATE ET SIGNATURE :