



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.

Un certificat médical est à fournir tous les 3 ans.

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 RELEVENT 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 :