

## QUESTIONNAIRE DE SANTE 2024-2025

Merci d'écrire en majuscules.

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour votre inscription à la salle multisports.

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 inexplicquée?	<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>À 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"/>
<b>*NB: Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.</b>		

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

**Pas de certificat médical à fournir.** Simplement attestez, selon les modalités prévues, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande d'inscription à la salle multisports.

### 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 :**

**Fait le :**

**Signature :**