

QUESTIONNAIRE DE SANTE - CERFA N° 15699*01

Pour renouveler une inscription à la même activité sportive

Fiche individuelle de renseignements

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ À : _____

Le Certificat médical est valable 3 ans si l'adhérent répond à la double condition suivante :

- Etre inscrit à la même activité d'une saison à l'autre
- Avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé

Si cette double condition n'est pas respectée l'adhérent doit fournir un nouveau certificat.

Répondez aux questions en cochant OUI ou NON *
OUI
NON
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS

1- Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?

2- Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?

3- Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?

4- Avez-vous eu une perte de connaissance ?

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 ?

6- Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?

A CE JOUR

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 ?

8- Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?

9- Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

*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, selon les modalités prévues par la MJC BALMA, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de l'inscription.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir.

Je soussigné(e), Nom : _____ Prénom : _____

 Agissant en mon nom - adhérent majeur **OU** Agissant en ma qualité de titulaire de l'autorité parentale - adhérent mineur certifie exacte les réponses formulées à ce questionnaire.

Date : _____ Signature : _____