

Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif majeur

Cerfa n°15699*01

Répondez par OUI ou NON (Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent(e))

	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?		
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 ?		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Remplissez simplement l'attestation fournie.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

ensuite joindre le certificat médical délivré par le médecin avec le dossier d'inscription.



Attestation santé pour les personnes majeures lors d'une réinscription

Le questionnaire est à utiliser pendant la saison qui suit celle pour laquelle un certificat médical a été délivré.

Exemple :

Saison 2022/2023 Certificat médical

Saison 2023/2024 Questionnaire + **Attestation à retourner avec le dossier d'inscription**

Saison 2024/2025 Certificat médical

**Ne pas joindre le questionnaire de santé
(à remplir et à conserver)**

Je soussigné M/Mme

Prénom :Nom :

.....

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date :

Signature de l'adhérent.e :