

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*

OUI

NON

Durant les 12 derniers mois

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 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="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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 ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du pratiquant.*

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

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) _____ atteste avoir renseigné le questionnaire de ci-dessus et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Pour les mineurs:

Je soussigné(e) _____ en ma qualité de représentant légal de _____ qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé ci-dessus et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Fait à :

Signature:

Le :