

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Arrêté en date du 20 avril 2017 (JORF n°0105 du 4 mai 2017)

**RÉPONDEZ 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 inexplicée ? | <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"/> |

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.) ? | <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 réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir.
Vous attestez, simplement avoir répondu « NON » à toutes les questions.

En revanche **si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs questions : Un certificat médical est obligatoire.**
Consultez un médecin en lui présentant ce questionnaire.

Volet à remettre à l'association

Je soussigné(e) Nom / Prénom

Atteste avoir répondu NON à toutes les questions, lors de la demande de renouvellement de mon adhésion auprès de l'Association GYM'V JARDIN ANGLAIS.

Date et Signature