

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom : _____

Prénom : _____

- 1- Durant les douze derniers mois, un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?
- 2- Durant les douze derniers mois, avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?
- 3- Durant les douze derniers mois, avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?
- 4- Durant les douze derniers mois, avez-vous eu une perte de connaissance ?
- 5- Durant les douze derniers mois, 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- Durant les douze derniers mois, avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?
- 7- A ce jour, 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- A ce jour, votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?
- 9- A ce jour, pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

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

Cocher ci-dessous la case O qui convient :

Je déclare répondre NON à chaque question et je serai éventuellement dispensé de la présentation d'un nouveau

certificat médical pour renouveler ma licence

Je déclare répondre OUI à au moins l'une des questions et je devrai présenter un nouveau certificat médical

pour renouveler ma licence

Je refuse de répondre à ces questions, et je devrai présenter un nouveau certificat médical pour renouveler ma licence

Date : _____

Signature :