

QUESTIONNAIRE DE SANTE SPORT/ASSOCIATION GYM DOUCE GYM TONIC

MOUANS SARTOUX

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 ?			
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 re/èvent de la seule responsabilité de /adhèrent

-Si vous avez répondu NON à toutes les questions :
Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par l'association, avoir répondu Non à toutes les questions lors de la demande d'adhésion
si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions: CERTIFICAT A FOURNIR - consultez un un médecin

Je soussigné M/Mme..... Atteste avoir renseigné le questionnaire sante et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques .

Date.....Signature