

## Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical. Le questionnaire complété n'a pas à être présenté, ni communiqué (secret médical). Il doit être conservé au sein de la sphère familiale.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<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"/>
<b>A ce jour</b>		
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="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"/>
<b>*NB : Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité .</b>		
<b>Si vous avez répondu NON à toutes les questions :</b>		
Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande.		
<b>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :</b>		
Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.		

**COUPON-REPONSE à nous transmettre**

Je soussigné (e) M/Mme (NOM-Prénom)

être majeur (e)

et atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT et avoir répondu NON à toutes les questions de

l'ensemble des rubriques ci-dessus.

Date et signature :