

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non. Durant les 12 derniers mois		OUI	NON
1	Un membre de votre famille est t'il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine. Des palpitations, un essoufflement inhabituel ?	<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), survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Votre pratique sportive est t'elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Pensez-vous avoir besoin d'avoir un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATTESTATION

Je soussigné, _____ déclare avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire. Je sais qu'à travers de cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle du multisports GDR ne pourra être recherchée.

Certificat médical précédent :

DATE

Nom du médecin

Date et signature