

Questionnaire de santé

	REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON. DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
	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 du 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 relèvent de la seule responsabilité du licencié naire de santé publié par l'Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour portive au JORF n°0105 du 4 mai 2017	r le rend	ouvellemen
vanc	avez répondu « NON » à toutes les questions : il n'y aura pas de certificat r e, si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs questions, il faudra fournir ulter un médecin en lui présentant ce questionnaire.		
olet	remettre à l'association		
estion	igné(e) (<i>Nom, prénom</i>) atteste avoir répondu nég s du questionnaire de santé publié par <u>l'arrêté du 20 avril 2017</u> , lors de la demande do our la saison sportive/ au club EPGV :	e renou	vellemen
	, le//		Sigi