



## QUESTIONNAIRE DE SANTE QS SPORT - Cerfa No 15699\*01 (Sport non licencié)

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 inexplicée ?                                      |  |  |
| 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 relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent**

### **DOCUMENT A COMPLETER ET A CONSERVER PAR L'ADHERENT**

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, 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 médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné



## QUESTIONNAIRE DE SANTE QS SPORT - Cerfa No 15699\*01 (Sport non licencié)

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 inexplicée ?                                      |  |  |
| 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 relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent**

### **DOCUMENT A COMPLETER ET A CONSERVER PAR L'ADHERENT**

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, 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 médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné