**QUESTIONNAIRE DE SANTE**

**​**

**Durant les 12 derniers mois**

- Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée? OUI NON

- Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise? OUI NON

- Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) OUI NON

- Avez-vous eu une perte de connaissance? OUI NON

- 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? OUI NON

- Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies?) OUI NON

​

**A CE JOUR**

- Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse,    déchirure, tendinite, etc...) survenue durant les 12 derniers mois OUI NON

- Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé? OUI NON

- Pensez-vous avoir besoin d'un certificat médical pour poursuivre votre pratique sportive? OUI NON

​

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions, pas de certificat médical à fournir.**

**Simplement signez l’attestation de santé. (ci-dessous)**

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, Certificat médical à fournir. Consultez un médecin.**

**​**

**ATTESTATION DE SANTE**

**​**

**Je soussigné.e,…………………………………………………………………………………**

**atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu NON à l'ensemble des questions ci-dessus.**

Date

Signature :