



Association SALSA DE L'ÎLE

Nom :

Prénom :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

*Exemple Saison 2016/2017 Certificat médical
Saison 2017/2018 Questionnaire + Attestation
Saison 2018/2019 Questionnaire + Attestation
Saison 2019/2020 Certificat médical*

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non

| | Durant les douze derniers mois : | OUI | NON |
|---|---|-----|-----|
| 1 | Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexplicquée ? | | |
| 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 ? | | |

Attention, les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent ou de son représentant légal s'il est mineur. Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, un certificat médical est à fournir

Attestation

Je soussigné : nom..... prénom..... atteste avoir renseigné le questionnaire de santé demandé en vue de pratiquer l'activité suivante : au sein de l'association SALSA DE L'ÎLE.

Fait àle/...../..... Signature