



# Questionnaire de santé Activités Sportives Municipales Adultes

**Pour les personnes ayant déposé un certificat médical pour la saison sportive 2017/2018**

Consignes :

Vous lisez attentivement et répondez à chacune des questions suivantes par oui ou par non (entourer la réponse). Le simple bon sens est votre meilleur guide pour répondre correctement à ces questions.

Durant les 12 derniers mois		
1- Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	Oui	Non
2- Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	Oui	Non
3- Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	Oui	Non
4- Avez-vous eu une perte de connaissance ?	Oui	Non
5- Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans accord d'un médecin ?	Oui	Non
6- Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	Oui	Non
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...) survenue durant les 12 dernier mois ?	Oui	Non
8- Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	Oui	Non
9- Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive	Oui	Non

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : **Certificat médical à fournir**

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : **Pas de certificat médical à fournir.**

Simplement atteste : (merci de compléter la partie suivante)

\_\_\_\_\_ **Coupon à retourner** \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) (*Nom, prénom*) ..... atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé Cerfa N°15699\*01 (ci-dessus), lors de la demande de renouvellement aux activités sportives municipales adultes 2018 / 2019

A ....., le ..... /..... /...  
Signature