



## Association Sportive de Bourg-la-Reine

### Section Randonnée

5 place Condorcet 92340 Bourg-la-Reine

## Questionnaire Santé 2019-2020 « QS – Sport »

Questionnaire de Mr/Mme : .....

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre inscription 2019/2020.

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.

**Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON** (entourez la réponse)

| Durant les 12 derniers mois                                                                                                                                                                                              |     |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?                                                                                                                            | 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 l'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...) survenu durant les 12 derniers 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, vous devez fournir obligatoirement un certificat médical. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions, vous n'êtes pas obligé de fournir un certificat médical s'il date de moins de 3 ans.

Je soussigné(e) ..... atteste avoir répondu NON à toutes les questions.

Fait à ....., le .....

Signature