

## QUESTIONNAIRE DE SANTE 2023/2024

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre adhésion **2023/ 2024** à la section .....

**NOM :** ..... **Prénom**.....

**Date de naissance :** .....

**Répondre à toutes les questions suivantes par OUI ou par NON**

**Ces réponses formulées ci-après, relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent**

<b>Au cours des 12 derniers mois :</b>	OUI	NON
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 de votre médecin ?		
6. Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
<b>A ce jour :</b>		
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....) survenus 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 ?		

- Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions : il est **nécessaire de consulter votre médecin** afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir.  
**Présentez-lui ce questionnaire renseigné par vous.**
- Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions : vous **n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir.**

**Complétez et signer l'attestation ci-après qui sera remise au Club, sans le questionnaire** que vous conserverez par devers vous.

.....  
*Partie à découper et à remettre à La SIMILIENNE*

### ATTESTATION SANTE

Pour le renouvellement de votre **adhésion à la section** : .....  
de La SIMILIENNE, pour la saison **2023/2024**.

**Date du dernier certificat médical** « d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive : le ..... délivré à :

**Nom**.....**Prénom**.....

**Date de naissance**.....

Je, soussigné(e).....atteste sur l'honneur,  
**avoir répondu négativement** à toutes les rubriques du questionnaire de santé pour la saison 2023/2024 que j'ai conservé.

A....., le .....

Signature de l'adhérent  
(ou de son représentant légal))