

NOM - PRENOM :

**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 cause cardiaque ou inexpliquée ?

☐ ☐

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) Avez-vous 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 ?

☐ ☐

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Si vous avez répondu oui à une seule des questions, vous devez faire établir un nouvel certificat médical, même si le dernier certificat date de moins de 3 ans.

Date :

Signature :