

## Questionnaire de santé

### Licencié majeur

Durant les douze derniers mois	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexpliquée ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies)?		

A ce jour	OUI	NON
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 ?		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

Je soussigné .....

Identifiant utilisateur ..... du club Gym Concordia

Atteste avoir rempli le questionnaire de santé préalablement à ma demande de licence à la FFG pour la saison ..... / .....

☐ J'ai répondu **NON** à toutes les questions : je n'ai pas besoin de fournir de certificat médical pour la saison en cours

☒ J'ai répondu **OUI** à une ou plusieurs questions : je suis dans l'obligation de fournir **certificat médical** pour la saison en cours

Fait à ..... le .....

ID Utilisateur :

Nom :

Saison :