***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 ………………………………………..