

CERCLE AQUATIQUE PISCENOIS - QUESTIONNAIRE DE SANTE

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON. DURANT LES 12 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	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 ?		
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 ou plusieurs questions >>> **CERTIFICAT MEDICAL DE – DE 3 MOIS OBLIGATOIRE**

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions >>> **PAS DE CERTIFICAT MEDICAL A FOURNIR**

NOM – PRENOM – DATE ET SIGNATURE ADHERENT (ou parent si enfant mineur)

CERCLE AQUATIQUE PISCENOIS - QUESTIONNAIRE DE SANTE

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON. DURANT LES 12 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	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 ?		
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 ou plusieurs questions >>> **CERTIFICAT MEDICAL DE – DE 3 MOIS OBLIGATOIRE**

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions >>> **PAS DE CERTIFICAT MEDICAL A FOURNIR**

NOM – PRENOM – DATE ET SIGNATURE ADHERENT (ou parent si enfant mineur)

