



## QUESTIONNAIRE DE SANTE ADHERENT MAJEUR -2021-2022

ACTIVITÉ : .....

**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 crise cardiaque ou inexplicable ?   |     |     |
| 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 :                      |   | OUI | NON |
| 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 ?  |     |     |

**Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité.**

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions : pas de certificat médical à fournir.**

Vous attestez à ce jour en remplissant le coupon ci-dessous, que vous n'avez pas de contre-indication à la pratique de votre activité sportive.

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : Certificat médical obligatoire à fournir.**

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



## ATTESTATION

### QUESTIONNAIRE DE SANTE ADHERENT MAJEUR -2021-2022

Je soussigné M/Mme

**Nom (adhérent) :** .....

**Prénom :** .....

**Activité sportive :** .....

atteste avoir précédemment fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans à la date de l'inscription pour la saison 2021-2022 et atteste avoir répondu NON à toutes les rubriques du questionnaire de santé.

Je sais qu'à travers cette attestation, et comme cela est précisé dans l'article D. 231-1-4 dans l'annexe II-22 du Code du sport, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de l'ASMC ne pourra être recherchée.

Date et signature de l'adhérent