



QUESTIONNAIRE DE SANTE

Ce questionnaire permet de savoir si vous devez demander un certificat médical pour pouvoir participer aux randonnées organisées par l'association "Les rendez vous du temps libre"

Répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**

Durant les 12 derniers mois :

| | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez vous eu une perte de connaissance ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez vous repris sans l'accord de votre médecin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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.) survenue durant les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pensez vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions, et que vous avez remis un certificat médical l'année passée, vous n'avez pas de certificat médical à fournir. La fourniture à votre responsable de ce questionnaire suffira.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, vous devez fournir un certificat médical

Nom : Prénom

Date :

Signature

