

# Renouvellement d'inscription

Année .....

## Questionnaire de santé "QS- SPORT" d'après l'Arrêté du 20 avril 2017

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive

*REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON*

*DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :*

- |  | <i>oui</i>               | <i>non</i>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical <u>de longue durée</u> (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b><i>A ce jour :</i></b>  |                          |                          |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) 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 du licencié.**

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

pas de certificat médical à fournir

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

certificat médical à fournir - consultez un médecin

**Je certifie avoir lu et répondu honnêtement**

Fait à

le

signature