

## QUESTIONNAIRE DE SANTE

**Nota :** Si vous avez fourni au préalable un certificat médical de non contre-indication à une date supérieure au 30 juin 2016, remplissez le questionnaire de santé et l'attestation ci-dessous.

**Ce questionnaire est confidentiel et ne doit-être remis qu'à un médecin si nécessaire.**

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<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 de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</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"/>
<b>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.</b>		

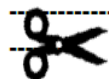
### Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

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

Vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation de santé ci-dessous et donnez-la à votre responsable d'activité **sans le questionnaire** (que vous conserverez)

Partie \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ détacher



## ATTESTATION DE SANTE

Je soussigné :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Déclare avoir précédemment fourni un certificat médical de moins de 3 ans à ce jour et atteste avoir répondu **NON** à toutes les questions. **Je sais qu'à travers cette attestation, j'engage ma seule responsabilité et en aucun cas celle du FOYER RURAL ne pourra être recherchée.**

Certificat médical précédent : Date : ___/___/___ Nom du médecin : _____
--

Date et signature du titulaire ou du représentant légal
---