

# QUESTIONNAIRE DE SANTE

Arrêté en date du 20 avril 2017 (JORF n°0105 du 4 mai 2017)

**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 cause cardiaque ou inexplicée ?                                      | <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"/> |

**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.) ? | <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.

« OUI » à au moins une question : Un certificat médical est obligatoire.

Consultez un médecin en lui présentant ce questionnaire.