

## Questionnaire de santé pour le renouvellement d'une inscription au Service des Sports

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

- Questionnaire Santé – Sport rempli le : .....

Nom, Prénom : .....Date de naissance : .....

| 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"/> |
| À ce jour :   |                          |                          |
| 7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou un 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 du licencié.</b>   |                          |                          |

- **Si vous avez répondu OUI** à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. 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 et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez).

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



## Attestation santé pour le renouvellement d'une inscription au Service des Sports pour l'année 2020-2021

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive : .....

Je soussigné, .....atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé. Numéro étudiant : .....

A....., le.....

Signature du pratiquant ou de son représentant légal