

Questionnaire de santé pour la réinscription à une section gymnique de la Jeanne d'Arc de Fournes en Weppes

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 | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| Durant les douze derniers mois : | | |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? | | |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | | |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | | |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? | | |
| 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 ? | | |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | | |
| À 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.) survenu durant les 12 derniers mois ? | | |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | | |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | | |
| NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié. | | |

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 la réinscription à une section gymnique de la Jeanne d'Arc de Fournes en Weppes pour la saison 2024-2025

Nom, Prénom : Date de naissance :
Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique de la gymnastique :

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

À, le

Signature du gymnaste
ou de son représentant légal