



Questionnaire de santé

Le certificat médical n'est plus exigé pour l'inscription à une activité sportive municipale, sous réserve que l'intéressé renseigne un questionnaire de santé. Celui-ci permet de savoir si l'intéressé doit fournir un certificat médical pour s'inscrire aux activités sportives proposées par la Ville.

Pour ceux qui ont encore leur certificat d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité sportive valide (il est valable 3 ans), il est inutile de répondre à ce questionnaire.

⇒ Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*

Durant les 12 derniers mois		
	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
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 de l'utilisateur		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir.

Retournez- nous uniquement l'attestation ci-dessous complétée et signée (ne pas nous envoyer le questionnaire santé complété)

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir.

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



Attestation de remplissage du questionnaire de santé

Je soussigné(e) M. / M^{me} atteste

-avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date :

Signature :