|  |  |
| --- | --- |
| **Adhérent** |  |
| Civilité | Madame [ ]  Monsieur [ ]  | Date de Naissance |  / /  |
| Nom |  | Prénom |  |
|  |
| **Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive et/ou votre adhésion à l’U.A.S.G.** |
|  |
| **Durant les 12 derniers mois** |
| 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) ? |
| **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…) 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.*** |  |
|  |
| Je déclare répondre **NON** à chaque question et je serai éventuellement dispensé de la présentation d’un nouveau certificat médical | [ ]  |
| Je déclare répondre **OUI** à au moins l’une des questions et je devrai présenter un nouveau certificat médical | [ ]  |
| Je refuse de répondre à ces questions, et je devrai présenter un nouveau certificat médical | [ ]  |
|  |
| **Si vous avez répondu NON à toutes les questions, vous n’avez pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions.** |
|  |
| **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, ou si vous refusez de répondre, vous devez fournir un certificat médical. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.** |
|  |
| Fait à : |  | Le |  / / 20 |
| L’adhérent : Nom, prénom et signature[[1]](#footnote-1) : | Pour les mineurs, le représentant légal. Nom, prénom et signature1 : |

1. Faire précéder de la mention « Lu et approuvé » [↑](#footnote-ref-1)