

AUTO QUESTIONNAIRE DE SANTE

Année 2017 – 2018

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre « licence sportive ».

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :

1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4) Avez-vous eu une perte de connaissance?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
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"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
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?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

NB: Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié

