

# AUTO QUESTIONNAIRE DE SANTE

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 |
| <b>A CE JOUR :</b>  |   |
| 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**