



Volet à conserver par l'adhérent

QUESTIONNAIRE SANTE (MAJEUR)

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre activité sportive :

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 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 accord du 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 ?		
*les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent		

Questionnaire de santé publié par l'Arrêté du 20 avril 2017 au JORF n°0105 du 4 mai 2017

Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions : il n'y aura pas de certificat médical à fournir.

En revanche, si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs questions, il faudra fournir un certificat médical et consulter un médecin en lui présentant ce questionnaire.



Volet à remettre au Foyer Rural

Je soussigné(e) (Nom, prénom)atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 20 avril 2017, lors de ma demande de renouvellement de l'activité sportive pour la saison 2025/2026 au Foyer Rural de Montlaur.

A.....le .../.../....

Signature