|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR UNE CROIX DANS LES COLONNES OUI OU NON*** | **OUI** | **NON** |
| **Durant les 12 derniers mois:** |
| 1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une cause cardiaque ou inexpliquée ?
 |  |  |
| 1. Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?
 |  |  |
| 1. Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (Asthme) ?
 |  |  |
| 1. Avez-vous eu une perte de connaissance ?
 |  |  |
| 1. 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 ?
 |  |  |
| 1. Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?
 |  |  |
| **A ce jour :** |
| 1. 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 ?
 |  |  |
| 1. Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?
 |  |  |
| 1. Pensez-vous avoir besoin d’un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?
 |  |  |
| **NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié** |

Questionnaire de santé publié par l’Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d’une licence sportive au JORF n°0105 du 4 mai 2017

**Je soussigné (e)** (Nom, prénom) …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Demeurant :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Atteste sur l’honneur** **avoir répondu « NON » à toutes les questions du questionnaire de santé « QS-SPORT » ci-dessus lors du renouvellement de mon inscription pour la saison 2020-2021 au club de l’Espadon de Vélizy**

**Si vous avez répondu « OUI » dans le questionnaire une ou plusieurs fois, il vous faut consulter un médecin en lui présentant ce questionnaire pour obtenir un nouveau certificat médical**

Fait pour valoir et servir ce que de droit,

**A**………………………………………………………  **le** ………………………………………………………………………

**Signature *manuscrite* de l’adhérent**

**ou du représentant légal pour un mineur**