

→ **Questionnaire à conserver par le licencié**

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

**RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON en cochant les cases DURANT LES DOUZE 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 l'accord du médecin ?		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		

À CE JOUR

	OUI	NON
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**

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

- **Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions : 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.**

**✂ à découper selon les pointillés**

→ **Coupon à remettre à l'association lors de votre inscription :**

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 la demande de renouvellement de la licence au club CLUNY form' .

**En conséquence, je ne fournirai pas de certificat médical.**

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

Signature :