**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\*

**OUI NON**

 **Durant les 12 derniers mois :**

 1 : Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une cause cardiaque ou inexpliquée ?

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 d’un 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 ?

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

***Si vous avez répondu NON à toutes les questions*** : Pas de certificat médical à fournir : Remplir l’attestation sur l’honneur ci-dessous et la joindre au dossier d’inscription

***Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions*** : Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné. A savoir, une consultation médicale pour l‘obtention d’un certificat de non contre-indication à une activité sportive n’est pas remboursée par l’assurance maladie.

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

 **Volet à remettre à l’association : Je soussigné(e)**

………………………………………………………………………………………… atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l’arrêté du 20 avril 2017, lors de la demande d’adhésion à Esprit Fitness !

 **A …………………………………………………………, le ………. / ……….. / ………………….**

**Signature,**