



QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR EN VUE DE L'OBTENTION D'UNE LICENCE

Après une longue période d'arrêt, il est conseillé de demander l'accord de votre médecin pour reprendre une activité sportive.

NOM & PRENOM :	OUI	NON
1) Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une d'hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une autre maladie chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 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"/>	<input type="checkbox"/>
4) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée avant 60 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous eu une perte de connaissance durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N. B. : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

VOUS AVEZ RÉPONDU "NON" à toutes les questions : veuillez remettre ce questionnaire lors de votre demande de licence

VOUS AVEZ RÉPONDU "OUI" à au moins une des questions : veuillez consulter votre médecin pour qu'il vous examine et vous remette le cas échéant un certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'athlétisme y compris en compétition.

Attestation santé pour les majeurs (à compléter)

Je soussigné Prénom : Nom :

atteste avoir renseigné le Questionnaire de Santé pour les majeurs et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date et signature :