

RENOUVELLEMENT DE LICENCE

(Saison 2024_2025)

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Ce questionnaire de santé vous permet d'évaluer la nécessité d'une consultation médicale pour poursuivre votre activité.

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON

Durant les 12 derniers mois :

- 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? oui non
- 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? oui non
- 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? oui non
- 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? oui non
- 5) Etes-vous enceinte ? oui non
- 6) Fumez-vous régulièrement (tabac, cannabis, autres drogues) ? oui non
- 7) Consommez-vous régulièrement de l'alcool ? oui non
- 8) Souffrez-vous d'une maladie chronique ? oui non
- 9) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisations aux allergies) ? oui non

A ce jour :

- 10) 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...) ? oui non
- 11) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? oui non

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Nous vous conseillons de consulter votre médecin en lui présentant ce questionnaire rempli pour avoir son avis sur la poursuite de votre activité.