

**QUESTIONNAIRE DE SANTE
DECHARGE MEDICALE
POUR LA SAISON SPORTIVE 2024-2025**

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS – SPORT » (Annexe II-22– Art. A. 231-1 du Code du sport)

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 inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent		

→ Si vous avez répondu NON à toutes les questions

DECHARGE MEDICALE

Je soussigné(e)

affirme ne pas avoir fourni de certificat médical d'aptitude à la pratique du sport pour

Nom-Prénom

et décharge l'association « Familles Rurales de Bellegarde en Forez » de toutes responsabilités en cas de blessures ou de dommages survenus lors de ma participation à l'activité (ou aux activités) suivante(s)

.....

→ Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions

Merci de CONSULTER un médecin, de lui présenter ce questionnaire et de nous remettre son **CERTIFICAT MEDICAL** attestant de son autorisation.

Lu et approuvé le 07 /09/2024

Signature