

**QUESTIONNAIRE DE SANTE  
DECHARGE MEDICALE  
POUR LA SAISON SPORTIVE 2025-2026**

**ADULTE**

**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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<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"/>
<b>A ce jour</b>		
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"/>
<b>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent</b>		

Je soussigné(e) .....

affirme avoir réalisé le questionnaire de santé relatif à la pratique du sport.

affirme avoir **répondu NON à toutes les questions**

*Vous pouvez alors remplir cette décharge médicale :*

**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) .....

affirme avoir **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 06 /09/2025

Signature