Attestation de remplissage du questionnaire de santé QS-SPORT

Je soussigné(e) M/Mme…….…….....atteste
avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date : …… Signature

Pour les mineurs :

Je soussigné(e) M/Mme……en ma qualité de représentant légal de …….atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date : ……. Signature

NOM .....

PRENOM.....

ASCE .....

Questionnaire de santé

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 ouun 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 désensibilisationaux 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 les12 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 :
Vous êtes prêt pour votre saison sportive ! Si vous avez des questions sur votre état de santé parlez-en à votre médecin.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :
Nous vous recommandons fortement d'aller consulter votre médecin et de lui montrer vos réponses au questionnaire avant de commencer votre saison sportive.

Fait à .....

Le .....

Signature