

QUESTIONNAIRE SANTE ADULTE

S/L US THANN ATHLETISME



Cochez une seule des trois cases.

Saison 2024-2025

N° LICENCE :

NOM :

PRENOM :

SEXE : HOMME FEMME

DATE DE NAISSANCE :

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS:

- 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée?
- 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un 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 désensibilisation aux 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 les 12 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?
- 10) Je refuse de répondre au questionnaire et je présenterai un certificat médical.

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

- Je déclare répondre NON à chaque question et je serai dispensé de la présentation d'un certificat médical.
- Je déclare répondre OUI à au moins une des questions et je devrai présenter un certificat médical.
- Je refuse de répondre à ces questions, et je devrai présenter un nouveau certificat médical.

«Si vous avez répondu NON à toutes les questions : «Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

«Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, ou si vous refusez de répondre : «Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.»

Dans le cas de délivrance d'un certificat médical, il doit dater de moins de 6 mois.

Date et signature du Licencié :