

Questionnaire de santé

Ce questionnaire de santé permet de couvrir l'association en cas de problème de santé durant la pratique d'une activité

Vous pouvez aussi voir avec votre médecin pour avoir un **certificat médical pour pratiquer votre activité**

Selon les dispositions législatives et réglementaires en vigueur (arrêté du 20 avril 2017 et Art. A. 251-1 Code du sport).



ATTESTATION et QUESTIONNAIRE À REMETTRE À VOTRE ASSOCIATION
PÉRIODE DE PRATIQUE

2023 / 2024

MERCI DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES EN COCHANT
L'UNE DES DEUX CASES OUI OU NON.

OUI

NON

DURANT LES DOUZE 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 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 désensibilisation aux allergies) ?		

À 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?		

* NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir ou remplir l'attestation ci-après

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



Je soussigné(e), Nom..... Prénom.....
sollicitant mon adhésion à l'**A.S.L.R.V.V.** pour la saison **2023 /2024**

atteste avoir répondu négativement à l'ensemble des 9 questions du questionnaire de santé qui m'a été transmis par l'ASLRVV, conformément à l'article 2 de l'arrêté du 20 avril 2017 ainsi qu'au Code du sport et notamment ses articles L 231-2 à L 231-2-3 et D 231-1-1 à D 231-1-5.

atteste avoir répondu sincèrement à l'ensemble des 9 questions du questionnaire de santé

je m'engage à fournir un Certificat médical dans les trois semaines à l'ASLRVV

Je suis informé(e) que les réponses formulées relèvent de ma seule responsabilité

et je décharge l'association de toute responsabilité pour un événement survenant suite à mon état de santé,

Fait à le Signature :