

Questionnaire de Santé à conserver.

Répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Durant les 12 derniers mois :	NON	OUI
1 / Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 / Avez-vous ressenti des douleurs 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 pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord du 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 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"/>

.....à découper suivant les pointillés.....à découper suivant les pointillés

Attestation à retourner après avoir rempli le questionnaire de santé.

Je soussigné Mr/Mme (nom, prénom)

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et : (cochez la mention correspondante)

- Avoir répondu **NON** à toutes les questions,**
 Je fournis cette attestation à mon club lors de mon renouvellement de licence.

- Avoir répondu **OUI** à une ou plusieurs question(s),**
Je fournis un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la randonnée.

Date et signature :