

Questionnaire de Santé à conserver, joindre uniquement l'attestation en bas de page dûment remplie.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou 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 inexplicée ?	<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 joindre 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)**

J'ai répondu NON à toutes les questions,

Je joins cette attestation à mon club lors du renouvellement de ma licence.

J'ai répondu OUI à une ou plusieurs question(s),

Je fournis un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la randonnée.

Date :

Signature :