

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre adhésion 2024/2025 à la section **Badminton**

NOM.....Prénom.....

Date de naissance.....

Répondre à toutes les questions suivantes par OUI ou par NON

Ces réponses formulées ci-après, relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent

Au cours des 12 derniers mois :	OUI	NON
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 de votre 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....) survenus 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 ?		

- Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions : il est **nécessaire de consulter votre médecin** afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné par vous.
- Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions : vous **n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir.**

Complétez et signer l'attestation ci-après qui sera remise au Club, sans le questionnaire que vous conserverez par devers vous.

.....
Partie à découper et remettre à La SIMILIENNE

ATTESTATION SANTE

pour le renouvellement de votre **adhésion à la section** :..... de La SIMILIENNE, pour la saison 2024/2025.

Date du dernier certificat médical « d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive : le		délivré à :
Nom	Prénom	
Date de naissance :		

Je, soussigné(e).....atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé pour 2024/2025 que j'ai conservé.

A..... le

Signature de l'adhérent
(ou de son représentant légal))