

## Questionnaire de Santé pour Majeur

<b>Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>Durant les 12 derniers mois :</b>			
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 contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
<b>A ce jour :</b>			
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.), survenue 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 ?		

Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité .

**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 :** Un **Certificat médical est à fournir**. Consultez votre médecin.

**Ce questionnaire est confidentiel et ne doit être remis qu'à un médecin si nécessaire.**

### ATTESTATION relative au questionnaire de santé

(Coupon à découper et à joindre avec la demande d'adhésion)

Je soussigné(e) :

NOM : ..... PRENOM : .....

atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.

Je comprends qu'en signant cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de l'ADRS ne pourra être recherchée.

Date et signature du titulaire