Questionnaire de santé

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON. DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise 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 du 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.) 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		

Questionnaire de santé publié par l'arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive au JORF n°0105 du 4 mai 2017

Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions, il n'y aura pas de certificat médical à fournir. En revanche, si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs questions, il faudra fournir un certificat de non contre-indication à la pratique de la danse et consulter un médecin en lui présentant ce questionnaire.

✂ .....

Je, soussigné(e) *(Nom, Prénom)* ……. atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 2 avril 2017, lors de la demande de renouvellent de l'adhésion pour la saison ……. à l'association BOOTS COUNTRY.

A……, le …./…./……

Signature