



ATTESTATION MÉDICALE – Année 202 - 202

Je soussigné M/Mme.....

- (adhérent majeur) atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques du questionnaire de santé QSSPORT Cerfa N°15699*01 ci-dessous.
- (représentant légal d'un adhérent) atteste que l'enfant
..... a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques du questionnaire de santé QSSPORT Cerfa N°15699*01 ci-dessous.

Date et signature

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON (les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié).	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?		
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 ?		
À 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 ?		

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 :

certificat médical à fournir,

consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.