

## Questionnaire de santé

**A renseigner par le pratiquant et à remettre à l'association.**

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
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 de votre 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...) survenu dans 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 ?		
<b>Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du pratiquant.</b>		

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	Fournir un certificat médical Consulter un médecin en lui présentant le questionnaire complété.

Je soussigné(e) (Nom, prénom) ..... atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 20 avril 2017, lors du renouvellement de mon inscription à la pratique de ..... pour la saison ..... au sein de l'association Familles rurales de .....

A ....., le .....

Signature