

## Questionnaire de santé « QS – SPORT » MINEURS

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre inscription

| <b>Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON* OUI NON</b>  |            |            |
|--|------------|------------|
| <b>Durant les 12 derniers mois</b>   | <b>OUI</b> | <b>NON</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 ?  |            |            |
| <b>A ce jour</b>   |            |            |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?  |            |            |
| 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 ?  |            |            |
| <b>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent</b>   |            |            |

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir.  
Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions**

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : Certificat médical à fournir.  
Consultez un médecin et présentez lui ce questionnaire renseigné.**



Partie ci-dessous à détacher

Je soussigné (e), M/Mme (Prénom Nom)

-----

En qualité de père/mère/tuteur de l'enfant (Prénom NOM)

-----

Atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699 .01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature de l'adhérent(e)