

## QUESTIONNAIRE DE SANTE ADULTE

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
<b>A ce jour</b>		
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 ?		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

Les réponses formulées relèvent de **la seule responsabilité de l'adhérent.**

- Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions : Ainsi il n'est pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de sport. Pas de certificat médical à fournir.
- Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions : **Certificat médical OBLIGATOIRE** à fournir.

### ATTESTATION

*(À joindre avec la demande d'adhésion)*

**Je soussigné (e) :**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....**déclare avoir précédemment fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans à ce jour et atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé. Je sais qu'à travers cette attestation, et comme cela est précisé dans l'article D231-1-5, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de l'association ACROSPORT ne pourra être recherchée.**

**Date et signature de l'adhérent(e) :**