

Attestation Questionnaire de santé QS-Sport Cerfa A remettre au club

Je soussigné M/Mme
Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu
PAR LA NEGATIVE à l'ensemble des rubriques.
Date et signature du sportif.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois	*** ***	
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 ?		
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 du licencié.		

Si vous avez répondu NON à l'ensemble des Questions, nous retourner cette attestation datée ET signée.

Si vous n'avez pas répondu NON à l'ensemble des Questions, vous devez faire établir un certificat médical auprès d'un médecin et nous fournir ce certificat.