



**ANNEE 2026-2027**

**Questionnaire de santé « QS - SPORT »**

**NOM et Prénom de l'adhérent** : .....

**Discipline(s)** : .....

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON\*

<b>Durant les 12 derniers mois</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
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		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
<b>A ce jour</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</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 ?		

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

**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.**

**Fait à ....., le .....**

**Signature de l'adhérent**