|  |  |
| --- | --- |
| Nom et Prénom : | **Date :**  |

**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.**

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : votre inscription est validée

**ʺ** **Remettre ce questionnaire avec votre dossier d’inscription ʺ**

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : votre inscription ne peut se faire qu’à la condition de fournir à l’Association Sportive, à la place du questionnaire, un nouveau ʺ** **Certificat Médical** **ʺ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Répondez aux questions suivantes par oui ou par non. Durant les 12 derniers mois : | OUI | NON |
| 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 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) ? | **□** | **□** |
|  A CE JOUR |
| 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 ? | **□** | **□** |
|  |
| J’atteste m’être livré à cette auto-évaluation pour le renouvellement de la licencepour la saison en cours selon les modalités prévues par la fédération et avoirrépondu NON à toutes les questions. | **Ecrire****Lu et approuvé** | **Signature** |