

Nom :

Prénom :

| <b>Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON.</b>  |   |
|--|---|
| <b>Durant les douze derniers mois :</b>  |   |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ?   | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?  | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?   | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?  | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| 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 ?  | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?  | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| <b>A ce jour :</b>   |   |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?  | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?  | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

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

Nom :

Prénom :

(Lu et approuvé.)

Schoelcher le

Signature