

## GYMNATIQUE DE VERNOSC

<b>REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.</b>	<b>OUI</b>
<b>Durant les douze derniers mois :</b>	
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 du médecin ?	
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	
<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 ?	
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 ?	
<b>NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du pratiquant/adhérent ou de son représentant légal s'il est mineur.</b>	

. Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions : ci-après attestation fournir l'association. Pas de certificat médical

. Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions : certificat médical à fournir

Volet à remettre à l'association

Je soussigné(e) (*Nom, prénom*) ..... atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 14 avril 2017, lors de la demande de renouvellement de l'adhésion pour (*préciser l'activité*) ..... pour la saison 2017/2018 à la GYMNASTIQUE DE VERNOSC.

--

NON

--

à

ournir.

.....

--

--

répondu  
té du 20  
*nature de*  
JE DE

--

--

A..... Le .... / .... /

Signature



