

**AUTO-QUESTIONNAIRE DE SANTÉ PRATIQUANT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Depuis votre dernière visite médicale de non-contre-indication à la pratique sportive ou durant les 12 derniers mois :** | OUI | NON |
| Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une cause cardiaque ou inexpliquée ? |  |  |
| Avez-vous éprouvé une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise, à l’effort ou après l’effort ? |  |  |
| Avez-vous présenté un épisode de respiration sifflante ? |  |  |
| Avez-vous eu une perte de connaissance ? |  |  |
| Après la survenue d’un problème osseux, articulaire ou musculaire, conservez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur ? |  |  |
| Avez-vous repris votre pratique sportive habituelle après un arrêt d’au moins 4 semaines pour des raisons de santé sans avoir consulté un médecin ? |  |  |
| Avez-vous interrompu actuellement votre pratique sportive pour des raisons de santé ? |  |  |
| Avez-vous été opéré ? |  |  |
| Avez-vous débuté un traitement régulier prescrit par le médecin (hors contraception) ? |  |  |

CONDUITE À TENIR :

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Vous devez consulter un médecin avec ce questionnaire, et lui demander un certificat médical de non-contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives.

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Vous pouvez demander le renouvellement d’une licence sportive ou vous inscrire à une manifestation sportive sans fournir un nouveau certificat médical, en remplissant la **Déclaration d’aptitude à la pratique des activités physiques et sportives** ci-après :

**Déclaration d’aptitude à la pratique des activités physiques et sportives**

Après avoir rempli l’auto-questionnaire, je soussigné(e).......................................................................

Né(e) le ............................................................ me déclare apte à la pratique des activités physiques et sportives dans le cadre fédéral ou lors des évènements sportifs.

EMAIL : ..........................................................................................

TÉLÉPHONE : ...............................................................................

Date : Signature :