




# SAINT- CHAMOND

## Information personnelles

NOM : _____	Date de naissance : ____ / ____ / ____
Prénom : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> H / <input type="checkbox"/> F
_____	
Lieu d'habitation : <input type="checkbox"/> Saint-Chamond	<input type="checkbox"/> Hors Saint-Chamond
Quartier : _____	Ville : _____
_____	
	
 	
Téléphone fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	
Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	Mail: _____ @ _____

## Personne à prévenir en cas d'accident (obligatoire)

NOM : _____	
Prénom : _____	Mail : _____ @ _____

## Pièce à remettre obligatoirement le jour de l'inscription

- ✓ Questionnaire de santé (OBLIGATOIRE)
- ✓ Pièce d'identité
- ✓ Justificatif d'assurance responsabilité civile

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature

# SAINT-CHAMOND

## Questionnaire de santé « QS – SPORT »

*Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical.*

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>À 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"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent</i>		

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

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues, avoir répondu NON à toutes les questions.

### 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 : .....

Date : .....

Signature :