

**Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour la pratique du Yoga, Gym et Tai-Chi**

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 inexplicquée ?	<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 du 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>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, et...) 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"/>

**NB\* Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du déclarant**

**SI VOUS AVEZ REPONDU NON A TOUTES LES QUESTIONS**

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions.

**SI VOUS AVEZ REPONDU OUI A UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS**

**Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez lui ce formulaire renseigné.**

**ATTESTATION A REMETTRE A VOTRE ASSOCIATION**

Je soussigné(e), M/Mme .....

né(é) le ...../...../..... atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions de santé

Saison 2023-2024, MCL de Forges-les-Bains

Signature

Le ...../...../.....