



CERCLE DE BOULORIS – ACTIVITE MARCHES ET RANDONNEES

QUESTIONNAIRE DE SANTE

A remplir uniquement lors d'une ré-inscription et si le certificat médical remis lors de l'inscription antérieure est daté de moins de 3 ans au 30 juin de la saison concernée par la ré-inscription.

*Si vous répondez **oui** à une seule question ou plus, vous devez fournir **un nouveau certificat médical**.*

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité.	OUI	NON
<u>Durant les douze derniers mois :</u>		
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)		
Avez-vous eu une perte de connaissance		
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		
Avez-vous débuté un traitement de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies)		
<u>A ce jour :</u>		
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 pendant les 12 derniers mois		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive		

Nom :

Prénom :

Par le présent document j'atteste avoir répondu non à toutes les questions de l'auto-questionnaire de santé.

Fait le :

Signature