



**Pour les adhérents SMS renouvelant leur adhésion, celui-ci devra attester à l'association qu'il a répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire. A défaut, il devra fournir un nouveau certificat médical.**

à conserver par le licencié

## Questionnaire de santé

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON

| Répondez soigneusement et honnêtement à ces 6 questions  | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| 1) Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une hypertension artérielle d'une affection longue durée ALD ou d'une autre maladie chronique  |     |     |
| 2) un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée  |     |     |
| 3) Ressentez-vous une douleur à la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, une fatigue intense au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité physique          |     |     |
| 4) Ecrivez-vous des pertes d'équilibre liés à des étourdissements ou avez-vous perdu connaissance au cours de 12 derniers mois   |     |     |
| 5) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?   |     |     |
| 6) 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 ? |     |     |

NB: Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié

Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions ci-dessus, merci de remplir et signer l'attestation sur l'honneur ci-jointe et la remettre à votre association

Si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs questions, votre état de santé nécessite un avis médical avant de commencer ou poursuivre une activité physique, vous devez consulter votre médecin afin qu'il vous examine et vous délivre un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport – certificat à remettre à votre association. Le certificat médical doit dater de moins de 6 mois

à remettre à l'association

Je soussigné(e) (Nom, prénom) .....

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

**Saison sportive 2023/2024 au club EPGV: S.M.S. Sports Marche Santé au Pays de Château-Gontier sur Mayenne**

A ....., le...../...../.....

Signature