

## AUTO-QUESTIONNAIRE DE SANTÉ PRATIQUANT

<b><u>Depuis votre dernière visite médicale de non contre-indication à la pratique sportive ou durant les 12 derniers mois :</u></b>	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 événements sportifs.

Date :

Signature :