****

**Questionnaire de santé**

Le certificat médical n'est plus exigé pour l’inscription à une activité sportive municipale, sous réserve que l’intéressé renseigne un questionnaire de santé. Celui-ci permet de savoir si l’intéressé doit fournir un certificat médical pour s’inscrire aux activités sportives proposées par la Ville.

Pour ceux qui ont encore leur certificat d’absence de contre-indication à la pratique d’une activité sportive valide (il est valable 3 ans), il est inutile de répondre à ce questionnaire.

* Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON\*

|  |
| --- |
| **Durant les 12 derniers mois** |
|  | **OUI** | **NON** |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une cause cardiaque ou inexpliquée ? |  |  |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? |  |  |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? |  |  |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? |  |  |
| 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 ? |  |  |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? |  |  |
| **À ce jour** |
| 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 ? |  |  |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? |  |  |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d’un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? |  |  |
| ***\*****NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l’usager* |  |  |

|  |
| --- |
| **Si vous avez répondu NON à toutes les questions :** |
| Pas de certificat médical à fournir. Attestez simplement, **sans renvoyer le questionnaire complété**, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande d’inscription (attestation ci-dessous).  |
| **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :** |
| Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné. |

**Attestation de remplissage du questionnaire de santé**

Je soussigné(e) M. / Mme atteste

-avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l’ensemble des rubriques.

Date : Signature :