

RENOUVELLEMENT *

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS – SPORT »

* Adhérent inscrit à l'USC en 2019/2020 :

- Vous avez fourni un **certificat médical** daté du **1^{er} juin 2018 à ce jour** (saison 18/19 ou 19/20) : Complétez le questionnaire de santé ci-dessous et suivez les indications.
- Vous certifiez que votre certificat médical est **antérieur au 1^{er} juin 2018** (saison 17/18) : Vous devez fournir un **nouveau certificat médical** pour votre adhésion 20/21, ce questionnaire ne sera pas accepté.

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

OUI **NON**

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :

1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<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 d'un 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"/>

A 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 ?	<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 de l'adhérent

SI VOUS AVEZ REPONDU OUI A UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS

⇒ Vous devez fournir un Certificat médical.

SI VOUS AVEZ REPONDU NON A TOUTES LES QUESTIONS

⇒ Complétez et joignez l'attestation ci-dessous à votre dossier d'inscription



PARTIE À CONSERVER

ATTESTATION

D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE

Je soussigné(e) (indiquer vos nom et prénom) ,
adhérent à l'USC, ou agissant en qualité de père, mère, tuteur (rayer les mentions inutiles), de l'enfant
(indiquer ses nom et prénom) ,
atteste avoir répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire de santé « QS-SPORT » à l'occasion
de la demande de renouvellement de mon adhésion à l'Union Sportive de Carrières-sur-Seine, pour
la pratique de l'activité suivante :

.....
Cette attestation est valable 1 année, sous réserve de modification notoire de mon état de santé.

Attestation établie le : / /

Signature de l'adhérent ou du représentant légal :

PARTIE À RETOURNER

