



## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ PRÉALABLE AU RENOUVELLEMENT D'UNE ADHÉSION À UNE ACTIVITÉ SPORTIVE RELEVANT DE L'AJA.

Répondez à **toutes** les rubriques de ce questionnaire par **OUI** ou par **NON**.

<b>DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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) ?		
<b>A CE JOUR</b>		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire, musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite...) 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 ?		
<b><i>NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent ou de son responsable légal</i></b>		

- Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui le questionnaire renseigné.
- Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation ci dessous et fournissez le tout à l'AJA lors de votre inscription.

### ATTESTATION

Je soussigné(e).....atteste sur l'honneur avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé

- me concernant \*
- concernant l'enfant \*.....  
(\* barrez la mention inutile)

Date du dernier certificat médical d'absence de contre indication à la pratique d'une activité physique ou sportive : .. / .. / ....

A..... le.....

Signature du pratiquant ou de son représentant légal