

Nom :

Prénom :

Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="radio"/>	Ou	<input type="radio"/>	No
	i		n	
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="radio"/>	Ou	<input type="radio"/>	No
	i		n	
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="radio"/>	Ou	<input type="radio"/>	No
	i		n	
Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="radio"/>	Ou	<input type="radio"/>	No
	i		n	
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="radio"/>	Ou	<input type="radio"/>	No
	i		n	
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="radio"/>	Ou	<input type="radio"/>	No
	i		n	
A ce jour, 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="radio"/>	Ou	<input type="radio"/>	No
	i		n	
A ce jour, votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="radio"/>	Ou	<input type="radio"/>	No
	i		n	
A ce jour, pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="radio"/>	Ou	<input type="radio"/>	No
	i		n	
Je refuse de répondre au questionnaire et je présenterai un nouveau certificat médical.	<input type="radio"/>	Ou	<input type="radio"/>	No
	i		n	

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

Je Soussigné, certifie l'exactitude des renseignements cochés ci-dessus et autorise le Stade Athlétique Autunois à compléter le formulaire en ligne conformément à mes réponses.

Date

Signature