QUESTIONNAIRE SANTE

B.A.L.L.

Ce questionnaire santé est basé sur le CERFA 15699*01.

Ce document est à fournir lors des années N+1 et N+2 suivant la remise d'un certificat médical à l'association et seulement dans le cas d'une réinscription.

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :

1-	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
2-	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
3-	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)	☐ **OUI**	☐ **NON**
4-	Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
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 ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
6-	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐ **OUI**	☐ **NON**

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 ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
8-	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
9-	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐ **OUI**	☐ **NON**

***NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.**

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consulter un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions :

Ecrire dans le cadre ci-dessous : *« j'atteste, selon les modalités de l'association BALL, avoir répondu NON à toutes les questions lors de ma réinscription »*

Date : Signature :