



asserap

Association pour l'Encouragement des Retraités à l'animation
Physique

Association Loi 1901, entièrement gérée par des bénévoles
Membre de la Fédération EPGV



Questionnaire de santé

- A conserver : il permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive auprès de la Fédération (EPGV) à laquelle nous sommes affiliés.

- Seul le volet détachable du bas de page est à nous renvoyer.

| 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 crise cardiaque ou inexplicquée ? | <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 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"/> |
| <i>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i> | | |

-Si vous avez répondu NON à toutes les questions : pas de certificat médical à fournir.

-En revanche, si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, il vous faudra fournir un certificat médical et consulter un médecin en lui présentant ce questionnaire.



SEUL CE VOLET « ATTESTATION DE SANTÉ » EST A ENVOYER A L'ASSERAP

Je soussigné(e), Nom Prénom

atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du « Questionnaire de Santé » ci-dessus, publié par l'Arrêté du 20 avril 2017, pour mon inscription à l' ASSERAP pour la saison sportive 2020/2021.

Je suis informé(e) que les réponses formulées relèvent de ma seule responsabilité.

Fait leA

Signature :