



asserap

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

Association Loi 1901,
créée en 1976,
entièrement gérée par
des bénévoles

QUESTIONNAIRE DE SANTE – Saison sportive 2024-2025

- À conserver : il permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre adhésion à l'ASSERAP.

- 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 inexplicée ?		
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 désensibilisation aux allergies) ?		
À 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 ?		
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 ?		
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		

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

- 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 LE VOLET CI-DESSOUS « ATTESTATION DE SANTÉ » EST À COMPLÉTER ET À ENVOYER À L'ASSERAP

Je soussigné(e), Nom Prénom

atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du « Questionnaire de Santé » (publié par l'arrêté du 20 avril 2017) lors de la demande de renouvellement de votre adhésion à l'ASSERAP.

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

Fait le à

Je valide cette attestation

