Saison 2023/2024

Nom

Prénom

	REPONDEZ 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 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)?		
	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?		
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?		
10	***NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérente.***		

DATE
SIGNATURE