



## Questionnaire médical

**Rappel :** Suite au décret du 24 août 2016, la législation concernant le certificat médical de non contre indication à la pratique sportive a été modifiée. Le certificat médical de non contre indication à la pratique sportive devient obligatoire, même en cas de pratique de loisir. Mais en cas de pratique compétitive, le certificat médical doit le spécifier explicitement. Pour les autres activités sportives, la durée de validité du certificat est dorénavant de 3 ans. Dans l'intervalle de ces 3 ans, chaque licencié d'une activité sportive devra renseigner un questionnaire de santé une fois par an dont le contenu et la forme ont été communiqués par le Ministère des Sports. Références : décret 2016-1157 du 24 août 2016 (JO du 26 août) - Code du sport : article L 231-2

Saison	20..... / 20.....
Nom et Prénom	
Date de naissance	

Au cours de la saison dernière et jusqu'à ce jour :

Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
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"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
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="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

**ATTENTION** En cas de fausse déclaration, le Foyer Rural d'EYGALIÈRES décline toute responsabilité en cas d'accident que vous pourriez causer ou dont vous seriez la victime. En signant ce document vous confirmez l'exactitude des informations fournies.

**Foyer Rural d'Eygalières** - BP 22 - 13810 EYGALIÈRES

Tél : 07 68 38 11 81 / Courriel : [foyruraleygalieres@gmail.com](mailto:foyruraleygalieres@gmail.com) / Site internet : [www.foyer-rural-eygalieres.fr](http://www.foyer-rural-eygalieres.fr)