



VILLE DE MARSEILLE

Questionnaire de santé « **SPORT** »

NOM :

Prénom :

Ce questionnaire de santé permet d'attester de votre état de santé qui, le cas échéant, vous dispense de fournir un certificat médical.

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 cause cardiaque ou inexplicquée ?

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 ?

***NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du pratiquant.**

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Si vous avez des questions sur votre état de santé, parlez-en à votre médecin

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

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