

**Questionnaire de Santé pour Majeur**

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si êtes majeur et avez un certificat médical datant de moins de trois ans, et si vous avez été licencié en continu depuis cette date, avec la mention "certificat médical présenté".

Un certificat médical ne peut être prolongé plus de deux fois avec un questionnaire de santé.

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non. Durant les 12 derniers mois :		Oui	Non
1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essouffement inhabituel ?	<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 contraception et désensibilisation aux allergies ) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour :</b>			
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. ), survenue 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"/>

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions :

Ainsi, il n'est pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du Tennis de Table.

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu **NON** à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :

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

**Ce questionnaire est confidentiel et ne doit être remis qu'à un médecin si nécessaire.**

SÉRIGNAN TENNIS de TABLE saison 202 . / 202 .

Adhérent(e) majeur(-e) Femme/Homme

**ATTESTATION de TOUTES les RÉPONSES à NON au QUESTIONNAIRE de SANTÉ  
et ATTESTATION d'avoir fourni précédemment un certificat médical daté de moins de 3 ans à ce jour.  
(Coupon à découper et à remettre au Président du Club)**

Je, soussigné(e) NOM ..... Prénom.....

né(e) le ..... à .....

déclare avoir fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans à ce jour (le certificat médical peut être prolongé au maximum deux fois, sans interruption de saison, par un QUESTIONNAIRE de SANTÉ dont l'attestation de toutes mes réponses à NON à ce questionnaire, seule, est remise au Président du SÉRIGNAN TENNIS de TABLE, en conservant moi-même l'original de mes réponses.

Je reconnais avoir répondu NON à toutes les questions du QUESTIONNAIRE de SANTÉ si celui-ci devait être renseigné ainsi que d'engager ma propre et unique responsabilité quant à la véracité de toutes mes réponses à NON dans ce dernier.

De ce fait, en cas de non conformité de celles-ci, aucune responsabilité ne pourra être attribuée au SÉRIGNAN TENNIS de TABLE.

Certificat médical précédent : Date ..... Nom du médecin .....

Date et signature obligatoires du-de l'adhérent(e) titulaire du certificat médical et du QUESTIONNAIRE de SANTÉ  
ou du-de la représentant(e) légal(e)