



CLUB AMITIE MONTCHAT
Espace Elsa Triolet, 53 rue Charles Richard 69003 LYON

QUESTIONNAIRE DE SANTE - SAISON 2026/2027

Votre Nom/Prénom.....

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON	OUI	NON
1/ Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une autre maladie chronique		
2/ Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise durant les 12 derniers mois ?		
3/ Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure...) survenu durant les 12 derniers mois ?		
4/ un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée avant 60 ans ?		
5/ Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) durant les 12 derniers mois ?		
6/ Avez-vous eu une perte de connaissance durant les 12 derniers mois ?		
7/ Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

N.B. : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent

- **VOUS AVEZ REPONDU OUI** à une ou plusieurs questions : certificat médical conseillé à fournir à notre club
- **VOUS AVEZ REPONDU NON** à toutes les questions : remplissez l'attestation ci-dessous



.....

ATTESTATION à compléter et à remettre au Club Amitié Montchat

Je soussigné(e), Nom.....Prénom.....

Atteste avoir renseigné le Questionnaire de Santé et avoir répondu négativement à l'ensemble des questions.

Je suis informé(e) que les réponses formulées relèvent de ma seule responsabilité et je déclare dégager le Club Amitié Montchat de toute responsabilité en cas d'accident.

Date :

Signature :