



AUTO QUESTIONNAIRE DE SANTE

Nom : _____ Prénom : _____

Le certificat médical d'absence de contre-indication (CACI) est exigible seulement tous les trois ans lors du renouvellement annuel de la licence.

Entretemps, les licenciés doivent répondre à un auto-questionnaire de santé pour décider ou pas de consulter leur médecin pour une appréciation de leur capacité à pratiquer le sport envisagé.

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive entre deux certificats exigés réglementairement par votre fédération sportive.

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :

1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?

OUI NON

2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?

OUI NON

3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?

OUI NON

4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?

OUI NON

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 ?

OUI NON

6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?

OUI NON

A CE JOUR :

1) 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 ?

OUI NON

2) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?

OUI NON

3) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

OUI NON

A -Si vous avez répondu NON à toutes les questions : « Pas de certificat médical à fournir ».

Il faut simplement attester, selon les modalités prévues par votre association, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

B -Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, ou si vous refusez de répondre :

Certificat médical à fournir.

