



AGP

Verneuilaise

AUTO-QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LA SAISON 2024 / 2025

A CONSERVER PAR L'ADHERENT

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre inscription.

Si vous avez fourni un certificat médical l'année dernière et que toutes vos réponses au questionnaire ci-dessous sont négatives, il ne vous sera pas demandé de nouveau certificat médical.

Merci de répondre à ce questionnaire, en cochant la case oui ou non	Oui	Non
Durant les 12 derniers mois		
1/ Un membre de votre famille est-il décédé d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
2/ Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine ?		
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, 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...) survenu dans 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 ?		
Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions et joignez le coupon-réponse à votre bulletin d'inscription.

Si vous avez répondu Oui à une ou plusieurs questions

Vous devrez fournir un certificat médical. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Attention : en cas de doute sur les réponses à indiquer dans le tableau, l'intéressé(e) est seul(e) responsable de la (ou des) réponse (s) à donner. En aucun cas AGP Verneuilaise ne peut décider ou conseiller sur une (ou des) questions et réponse (s) à fournir.



COUPON-REPOSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE A JOINDRE AU BULLETIN D'INSCRIPTION

Je soussigné(e) :

Nom : _____ **Prénom :** _____

avoir pris connaissance du questionnaire de santé de l'AGP Verneuilaise et avoir répondu « **NON** » à chacune des questions .

Date :

Signature :