



Inscription ou renouvellement d'activité sportive au GAZELEC OMNISPORTS DE NICE Questionnaire de santé « QS – SPORT » Année : 2024/2025

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance _____

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre inscription ou pour adhérer à une activité sportive du GAZELEC OMNISPORTS.

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Antécédents cardio-vasculaires		
Avez-vous une maladie cardiaque connue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une maladie des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été opéré du cœur ou des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un pace-maker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous effectué un électrocardiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous effectué un échocardiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une épreuve d'effort maximale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous ressenti pendant un effort un malaise ou une perte de connaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous ressenti pendant un effort une douleur thoracique, des palpitations, un essoufflement inhabituel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord du médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
4) 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour effectuer ou poursuivre votre pratique sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplemment attestez, selon les modalités prévues la fédération, 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

Je certifie l'exactitude des réponses au questionnaire

Signature