



# VILLEURBANNE NATATION

## CENTRE NAUTIQUE ETIENNE GAGNAIRE

59, avenue Marcel Cerdan – 69100 VILLEURBANNE

☎ : 04.78.26.37.75

Mail : [villeurbannenatation@free.fr](mailto:villeurbannenatation@free.fr) – Site : <http://villeurbannenatation.com>

Permanences : Mardi et Jeudi de 18h00 à 19h30 (sauf vacances scolaires et jours fériés)

### Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Pour les personnes qui ont fournies il y a moins de trois ans à Villeurbanne Natation ou à un club affilié FFN un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport ou de la ou les disciplines fédérales envisagées, (avec la mention en compétition pour les compétiteurs), merci de compléter ce formulaire.

Attention, le certificat médical doit être valable au 16 septembre de l'année d'inscription.

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

(Dans les 12 derniers mois)

Oui

Non

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

(Dans les 12 derniers mois)

Oui

Non

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

(Dans les 12 derniers mois)

Oui

Non

4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?

(Dans les 12 derniers mois)

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 ?

(Dans les 12 derniers mois)

Oui

Non



# VILLEURBANNE NATATION

## CENTRE NAUTIQUE ETIENNE GAGNAIRE

59, avenue Marcel Cerdan – 69100 VILLEURBANNE

☎ : 04.78.26.37.75

Mail : [villeurbannenatation@free.fr](mailto:villeurbannenatation@free.fr) – Site : <http://villeurbannenatation.com>

Permanences : Mardi et Jeudi de 18h00 à 19h30 (sauf vacances scolaires et jours fériés)

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

(Dans les 12 derniers mois)

Oui

Non

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.) survenu durant les 12 derniers mois ?

(A ce jour)

Oui

Non

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

(A ce jour)

Oui

Non

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

(A ce jour)

Oui

Non

J'atteste sur l'honneur ne pas avoir eu d'interruption de licence depuis la fourniture de ce certificat

Oui

Non

J'atteste sur l'honneur avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé « QS – SPORT » dont le contenu est précisé à l'Annexe II-22 (Art. A. 231-1) du Code du sport.

Oui

Non