**QUESTIONNAIRE DE SANTE CERTIFICAT MEDICAL**

**POUR LE RENOUVELLEMDENT D’UNE ADHESION DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DE LA RANDONNEE PEDESTRE**

**SAISON 2024/2025 SAISON 2024/2025**

*Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical* **NB :** *Les réponses relèvent de la seule responsabilité de l’adhérent*

OUI NON

Je soussigné(e), Docteur …………………………………………………………………………………………………………………

**CERTIFIE** avoir examiné ce jour, conformément à l’article A 231-1 & 5 du Code du sport :

Monsieur  Madame 

NOM ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Né(e) le …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ET ATTESTE** n’avoir pas constaté à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de la randonnée pédestre et à ski.

Et que son état de santé physique n’est pas incompatible avec la randonnée pédestre et à ski.

Par ailleurs,

Conformément à l’article L 231 du Code du Sport, le présent certificat est valide pour une saison de pratique de la randonnée pédestre et à ski, à compter de la date où il a été établi.

Cachet du médecin Date ………………………………………………………

*Signature du médecin*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une cause cardiaque inexpliquée ? |  |
| 1. Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? |  |
| 1. Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? |  |
| 1. Avez-vous eu une perte de connaissance ? |  |
| 1. Avez-vous arrêté le sport pendant 30 j ou plus, pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l’accord d’un médecin ? |  |
| 1. Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée   (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? |  |
| **A CE JOUR** |  |
| 1. Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur à la suite d’un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc…) survenue les 12 derniers mois |  |
| 1. Votre pratique sportive a-t-elle été interrompue pour des raisons de santé ? |  |
| 1. Souffrez-vous d’une pathologie ophtalmologique vous interdisant de conduire ? |  |
| **SI VOUS AVEZ REPONDU NON A TOUTES LES QUESTIONS** |  |
| PAS DE CERTIFICAT MEDICAL A FOURNIR, SEUL CE QUESTIONNAIRE |  |
| **SI VOUS AVEZ REPONDU OUI A UNE DES QUESTIONS**  **CERTIFICAT MEDICAL A FOURNIR** | **A** |
| Consultez votre médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné. |  |