



Les Randonneurs du Golfe

QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LE RENOUELLEMENT D'UNE ADHESION 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

1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque inexpliquée ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5) Avez-vous arrêté le sport pendant 30 j ou plus, pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A CE JOUR	
7) 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive a-t-elle été interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9) Souffrez-vous d'une pathologie ophtalmologique vous interdisant de conduire ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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 Consultez votre médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.	



Les Randonneurs du Golfe

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DE LA RANDONNEE PEDESTRE SAISON 2024/2025

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

