La Salésienne de Paris
66 bis avenue de Villiers – 75017 - Paris
01 42 27 86 80
contact@salesiennedeparis.com
www.salesiennedeparis.com

QUESTIONNAIRE DE SANTE - CERFA N°15699*01

Pour renouveler une inscription à la même activité sportive

Fiche individuelle de renseignements	
Nom :	Prénom :
Né(e) le :	À :

Le Certificat médical est valable 3 ans si l'adhérent répond à la double condition suivante :
- Etre inscrit à la même activité d'une saison à l'autre
- Avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé

Si cette double condition n'est pas, respectée l'adhérent doit fournir un nouveau certificat.

Répondez aux questions en cochant OUI ou NON *	OUI	NON
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS		
1- Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
2- Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
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 et 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, etc…) survenu durant 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 ?		
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la Salésienne de Paris, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de l'inscription.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir.

Je soussigné(e),	Nom :	Prénom :

Agissant en mon nom - adhérent majeur OU Agissant en ma qualité de titulaire de l'autorité parentale - adhérent mineur certifie exacte les réponses formulées à ce questionnaire.

Date : **Signature :**