QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT »

Répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**.

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :	**OUI**	**NON**
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) ?	☐	☐

À CE JOUR :	**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.) survenue 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 tuteur.

Staff Médical