

I WANT  
**YOU** FOR



**BASKET LOISIR**

Fiche d'adhésion

Montant de la cotisation: **50 Euros**

Mode de règlement:

Chèque

Espèce

Autre: \_\_\_\_\_

**Je soussigné.e :**

Prénom:

Nom:

Adresse postale:

Téléphone:

E-mail :

**Souhaite adhérer à l'association « BASKET LOISIR »**

**Fait à**

**, le**

*signature*



Remplir le questionnaire santé est obligatoire pour pratiquer

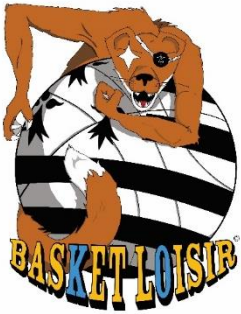
# Questionnaire santé

Prénom : \_\_\_\_\_

Ce questionnaire permet de savoir si vous devez fournir

Nom : \_\_\_\_\_

un certificat médical pour renouveler votre adhésion



Si vous avez répondu « non » à toutes les questions

Bonne nouvelle, le certificat médical n'est pas nécessaire.

Si vous avez répondu « oui » à une question

Un **CERTIFICAT MÉDICAL** est obligatoire.

Répondre aux questions suivantes en cochant les cases **OUI** ou **NON**

**! Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent**

## Durant les 12 DERNIERS MOIS

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

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) ?

**OUI**   **NON**

## À 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 ?

**OUI**   **NON**