



KRAV MAGA CAEN

Section de Krav Maga affiliée à la **FEKM RD**

QUESTIONNAIRE SANTÉ COURS D'ESSAI

Modèle CERFA n°15699*01

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par 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) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du signataire du présent document.		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :
Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON au questionnaire en remplissant l'attestation ci-dessous

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :
Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

ATTESTATION – QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Je soussigné(e), (NOM, Prénom)

☐ Atteste avoir lu et compris les 9 rubriques du questionnaire de santé, renseigné ce questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à toutes les questions.

☐ Le cas échéant pour les mineurs, en ma qualité de représentant légal de (NOM, Prénom de l'enfant) atteste qu'il/elle a lu et compris les 9 rubriques du questionnaire de santé, renseigné ce questionnaire de santé QS- SPORT Cerfa N°15699*01 et répondu par la négative à toutes les questions.

Fait à :

Signature : (responsable pour les mineur)

Le :