

CERTIFICAT MEDICAL

Depuis septembre 2022, tous les licenciés, anciens ou nouveaux, doivent remplir un **questionnaire de santé** et attester auprès du club **que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative**. A défaut, ils sont tenus de produire un certificat médical de moins de 6 mois précisant l'absence de contre-indication à la pratique du sport (modèle présenté en bas de page ou papier libre).

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ *(Réponses à préciser par le licencié)*

1) Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une autre maladie chronique	O / N
2) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	O / N
3) Ressentez-vous une douleur à la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, une fatigue intense au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité physique ?	O / N
4) Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissement ou avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois ?	O / N
5) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?	O / N
6) 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 ?	O / N

ATTESTATION D'AUTO-EVALUATION

Je soussigné(e), (nom, prénom)

Atteste avoir répondu NEGATIVEMENT à toutes les questions du questionnaire de santé.

Ale.....Signature.....

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DE LA GYMNASTIQUE VOLONTAIRE

PARTIE A Je, soussigné(e), Docteur, certifie que
NOM : **Prénom :** **Age :**
ne présente aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques organisées par la FFEPGV.

PARTIE B **CONSEILS A L'ADHERENT** pour sa pratique :

.....
.....
.....
.....
.....

Attestation délivrée à la demande de l'intéressé(e) et remise en mains propres.

Date :

Signature et cachet du médecin :