

Bulletin d'adhésion.

Le questionnaire santé (ou le certificat médical) est obligatoire et l'assurance individuelle accident est obligée d'être proposée aux adhérents par le club.

Si vous :

- ne fournissez pas le certificat médical,
- ne cochez pas à l'une des 2 cases concernant l'assurance individuelle accident proposé par le cyclo club de Balazé,
- ne réglez pas la cotisation,

vous n'êtes pas considéré comme adhérent selon les assurances.

Nom :

Prénom :

N° de portable :

Adresse email :

Souhaite prendre l'assurance individuelle accident proposé par le cyclo club de Balazé.

Ne souhaite pas prendre l'assurance individuelle accident proposé par le cyclo club de Balazé.

A rempli le questionnaire santé ou à fourni un certificat médical.

A réglé sa cotisation.

Refuse le droit à l'image.

Souhaite un (nouveau) badge

Souhaite une attestation du club. Elle vous sera distribuée après que le dossier soit complet !

Le : / /..... Signature :

Questionnaire de santé du cyclo club de Balazé.

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce Questionnaire Santé – Sport

Nom, Prénom : Date de naissance :

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON. DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.		

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation.

Je, soussigné, atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

À, le

Signature du pratiquant