Activités sportives sans certificat médical

1) Répondez au questionnaire dans le document A et conservez-le
2) Remplissez ensuite le document B ou C en fonction de vos réponses au questionnaire et donnez-le au Casi

Document A

Questionnaire de santé

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un médical pour votre inscription à une activité sportive au Casi en 2023/2024

Répondez aux questions suivantes par oui par non, les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du sportif

DURANT LES 12 DERNIER 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) ?		
A CE JOUR		
7) Présentez-vous un ou des symptômes suivants (Fièvre, toux, diarrhée, maux de tête, courbatures, fatigue majeure, perte du gout ou de l'odorat, essoufflement inhabituel, troubles digestifs)?		
8) Ressentez-vous des gênes à l'effort dans la vie de tous les jours ?		
9) 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 ?		
10) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
11) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir.

Si vous avez répondu OUI remplir le document B : Certificat médical à fournir au plus vite.
Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : remplir le document C

Rappel : Ce questionnaire de santé est anonyme et conservé par l'adhérent.e.

Document B :

ACTIVITE(S) SPORTIVE(S) :

ATTESTATION

Je soussigné(é)

Nom :

Prénom :

Atteste fournir le plus rapidement possible un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport (CMNCI). Mon inscription ne sera effective qu'après la remise au CASI du CMNCI.

Villeurbanne, le

Signature :

Document C :

ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE

(Uniquement pour les activités n'imposant pas la présentation d'un certificat médical de non contre-indication)

Je, soussigné.e

Nom :
Prénom :
Activité :

certifie avoir répondu NON à toutes les questions du formulaire de santé lors de mon inscription à l'activité. .
Pour faire valoir ce que de droit.

Villeurbanne,
Le
Signature :