



DECHARGE DE SANTE

Ecole de cirque « Pourquoi pas nous ! »



Fiche pour pratiquant majeur

Je, soussigné(e), Nom et prénom :

inscrit(e) aux activités de l'**ÉCOLE DE CIRQUE** proposées par **l'association de gymnastique de l'Espoir de Châlons-en-Champagne pour la saison 2020/2021.**

- ✓ certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible d'interdire ou de limiter la pratique d'activités physiques.
- ✓ J'atteste ne pas avoir subi récemment d'opération médicale/chirurgicale, ni n'avoir eu de blessures traumatiques récentes, et ne fait pas l'objet de contre-indications à la pratique d'activités physiques.
- ✓ J'atteste avoir pris connaissance des risques liés à ces activités et assume l'entière responsabilité des dommages liés à cette pratique qui seraient dus à mon état de santé actuel.
- ✓ Je m'engage à signaler au responsable de l'école toute modification de mon état de santé, susceptible d'infirmier cette attestation.

Questionnaire santé à compléter (Éléments QS Sport Cerfa n°15699*01)

Durant les 12 derniers mois :		
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
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"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
A ce jour :		
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"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, consultez un médecin en lui présentant ce questionnaire.		

Pour servir et valoir ce que de droit,

Le/...../..... Signature