



QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Ce questionnaire médical doit être rempli par tous les membres désirant participer aux activités du club pour l'été 2020. Pendant cette période de COVID-19, il est primordial que tout un chacun soit conscient des risques associés à la pratique sportive.

INFORMATION DU PARTICIPANT

Nom du participant : _____

Date de naissance : _____

Sexe : _____

CONTACT D'URGENCE

Nom du contact d'urgence : _____

Lien avec le participant : _____

Numéro de téléphone en cas d'urgence : ____ ____ ____

Répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**.

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :

1 | Y'a-t-il des historiques de maladies cardiaques dans votre famille?

OUI NON

2 | Êtes-vous atteint de diabète?

3 | Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)?

4 | 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?

5 | Avez-vous suivi un traitement médical de longue durée?

À CE JOUR :

6 | Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé?

OUI NON

7 | Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive?

NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du membre.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS :

Vous êtes en mesure de débiter vos activités

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS DES QUESTIONS :

Vous devez fournir un billet médical ou une autorisation médicale avant de pouvoir participer à des activités sportives SI votre condition n'est pas déjà suivi par un médecin.