**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?

**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?

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

**OUI NON**

**OUI NON**

**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 débuter 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**