

QUESTIONNAIRE MEDICAL DE SANTÉ à compléter et à conserver

S'il vous plaît, répondez soigneusement et honnêtement à ces 6 questions : cochez Oui ou Non	OUI	NON
1) Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une d'hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une autre maladie chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Ressentez-vous une douleur à la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, une fatigue intense au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité <u>physique</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liés à des étourdissement ou avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers <u>mois</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur <u>suite à un</u> problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié		

• Si vous avez répondu NON à toutes les questions ci-dessus, merci de remplir et signer l'attestation sur l'honneur ci jointe et la remettre à votre club.

• Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions ci-dessus, votre état de santé nécessite un avis médical avant de commencer ou poursuivre une activité physique. Vous devez consulter votre médecin afin qu'il vous examine et vous délivre un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport. Certificat à remettre à votre club. Le certificat médical doit dater de moins de 6 mois.

ACCORD pour les PRISES de VUES et l'UTILISATION des IMAGES

Le présent document a pour objet de définir les modalités et conditions générales de l'autorisation de prises de vues.

NOM.....

PRENOM :

ADRESSE

EMAIL :

- Autorise l'association à réaliser des prises de vues durant les séances EPGV et déclare céder à l'association les droits qu'elle détient sur son image pour ces séances.
- Autorise l'association à utiliser les prises de vues réalisées en vue de la promotion de l'association. Ces prises de vues pourront faire l'objet de publication sur un support papier (photos) ou numérique (site de l'association).
- A bien noté que ces prises de vues seront utilisées dans l'intérêt de l'association. Elles ne seront pas utilisées à des fins commerciales et la cession à des tiers n'est pas autorisée.

Fait à, le.....

Signature

ACCUSÉ DU QUESTIONNAIRE MEDICAL DE SANTE

Je soussigné(e) Atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 20 avril 2017 lors de la demande de renouvellement de la licence pour la saison sportive 2024/2025 au club EPGV de

Fait à, le.....

Signature