

QUESTIONNAIRE DE SANTE - Document à conserver -

Ce questionnaire concerne les inscrits au SUAPS en 2017-2018, excepté les personnes voulant pratiquer les sports de combat, le rugby ou la plongée en 2018-2019.

Répondez aux questions suivantes par « Oui » ou par « Non »

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

Si vous avez répondu **Non** à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Veuillez nous rapporter l'attestation jointe remplie, datée et signée.

Si vous avez répondu **Oui** à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

QUESTIONNAIRE DE SANTE - Attestation à remettre -

Dans le cadre de mon inscription au service des sports de l'Université de La Réunion pour l'année universitaire 2018/2019, j'atteste avoir rempli le questionnaire de santé relatif au Décret N°2016-1157 du 24 août 2016 et à l'arrêté ministériel du 20 avril 2017.

J'ai répondu « **NON** » à chacune des rubriques du questionnaire. Je transmets la présente attestation au SUAPS.

J'ai répondu « **OUI** » à une ou plusieurs rubriques du questionnaire. Je consulte un médecin et lui présente ce questionnaire renseigné. Je fournis un certificat médical au SUAPS.

Je soussigné(e) _____
atteste sur l'honneur l'exactitude de cette attestation.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Le _____ à _____

Signature :