

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour valider votre inscription.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 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"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
7) 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"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent ou de son représentant légal.</i>		

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

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

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez ci dessous :

ATTESTATION

je soussigné(e) :

atteste de l'exactitude des renseignements fournis ; En conséquence des réponses toutes négatives au questionnaire, je ne fournis pas de certificat médical.

Cette attestation est valable 1 année, sous réserve de modification notoire de mon état de santé.

Attestation établie le : /

Signature



ATTESTATION D'INSCRIPTION

SAISON 2020/2021

Je, soussigné(e)

- Certifie avoir pris connaissance des règles de fonctionnement de la M.P.T. et je les accepte. Je m'engage à signaler à la M.P.T. tout changement d'adresse ou de numéro de téléphone me concernant pour que l'on puisse me joindre.
- Certifie être en capacité physique de pratiquer les activités auxquelles je me suis inscrit(e).
- COVID-19 :**
M'engage à suivre scrupuleusement les consignes sanitaires ;
En cas de fièvre ou de symptômes, je m'engage à ne pas fréquenter le ou les activités auxquelles je suis inscrit(e)s ;
J'accepte qu'en fonction des consignes sanitaires, les activités soient modifiées sans répercussion sur mon inscription ni recours.
- Autorise la M.P.T. dans le cadre de ses activités à effectuer des prises de vues, films et photographies sur lesquelles je pourrai apparaître et à utiliser celles-ci pour une diffusion publique.
- Pour les plus de 60 ans :**
Certifie remplir les conditions nécessaires et demande l'attribution des colis du Conseil Départemental c'est à dire avoir des revenus ne dépassant pas :
 - Pour une personne seule : environ 21 675 € annuels avant imposition
 - Pour un couple : environ 36 125 € annuels avant imposition

Fait à Le

SIGNATURE