



NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_ N°LICENCE **A** \_ \_ \_ \_ \_

**QUESTIONNAIRE SANTE POUR RENOUELEMENTS FFTRI**

**SAISON 2018-2019**

**DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS**

1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?  OUI  NON
2. Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?  OUI  NON
3. Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?  OUI  NON
4. Avez-vous eu une perte de connaissance ?  OUI  NON
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 ?  OUI  NON
6. Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?  OUI  NON

**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 ?  OUI  NON
8. Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?  OUI  NON
9. Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?  OUI  NON



**TUVB TRIATHLON**

**Club FFTRI 0130097**

VILLA SAINTE CHRISTINE PLACE DU GENERAL DE GAULLE 91370 VERRIERES LE BUISSON

Site Internet <http://triathlon.tuvb.org/>

[secretariatuvb@gmail.com](mailto:secretariatuvb@gmail.com)

01.69.53.11.24