

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
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"/>
<b>A ce jour</b>		
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 d'un adhérent désirant renouveler son adhésion à NO 17</i>		

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

Pas de certificat médical à fournir. Simplet atteste ce questionnaire, prouvant votre bonne foi, d'avoir répondu NON à toutes les questions lors de votre renouvellement d'inscription à Nordic'Océan17.

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

Certificat médical à fournir. Votre renouvellement d'adhésion à Nordic'Océan17 prendra effet qu'après remise d'un nouveau certificat médical à l'association.

Je certifie, ....., avoir répondu « NON » à toutes les questions sans aucune dissimulation, et par conséquent, je ne pourrai pas engager la responsabilité des membres du bureau de l'association Nordic'Océan17 en cas d'incident lié directement à l'un critère médical défini par ce questionnaire.

Lu et approuvé, le