



# EN PLEINE FORME APRÈS 50 ANS

**INSCRIPTION**

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Date et lieu de naissance :** .....

**Adresse :** .....

.....

**E-mail :**

**Téléphone (obligatoire) :** ..... .....

**Activités choisies :** .....

.....

**Renseignements médicaux (indiquer les problèmes éventuels de santé (allergies, convulsions, ...) :**

.....

.....

**Fait à Carcassonne le :**

**Signature :**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Direction des Sports pour les activités «En pleine forme après 50 ans» choisies. Elles sont conservées pendant 1 an et sont destinées à la Direction des Sports.  
Conformément à la loi «informatique et libertés de 1978» modifiée et au Règlement Européen (RGPD 2016/679), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : [sport@mairie-carcassonne.fr](mailto:sport@mairie-carcassonne.fr)

**DIRECTION DES SPORTS**

Rue André Le Nôtre 11000 CARCASSONNE  
[sport@mairie-carcassonne.fr](mailto:sport@mairie-carcassonne.fr)

[www.carcassonne.org](http://www.carcassonne.org)

Tél. 04 68 77 73 56



**Questionnaire de Santé (QS) - Sport**

-Elaboré à partir du document CERFA - N° 15699\*01 -

**Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre adhésion**

**Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON\***

\* NB: les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.

OUI NON

**DURANT LES 12 DERNIERS MOIS**

1) Un membre de votre famille est-il décédé d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou avez-vous été victime d'un malaise ?		
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris le sport sans l'accord d'un médecin ?		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée ? (hors contraceptif et désensibilisation aux allergies)		

**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, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?		
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre activité sportive ?		

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

**vous devez obligatoirement fournir un Certificat Médical et présenter à votre médecin ce questionnaire renseigné !**

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

**Pas de Certificat Médical à fournir.**

Je soussigné(e) : .....

atteste sur l'honneur avoir répondu **NON** à toutes les questions du formulaire de demande de renouvellement d'adhésion.

Fait à Carcassonne, le :

Signature :