KRAV MAGA FEKM
Fédération Européenne de Krav Maga·RD

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

cerfa
N°15699*01

Ce questionnaire de santé vous permettra de venir pratiquer pendant **la période des cours d'essai** *sans certificat médical*, MAIS il vous en faudra **OBLIGATOIREMENT** un certificat médical de **Non contre-indication à la pratique du Krav Maga**, si vous souhaitez par la suite vous inscrire dans nos club KMSP, chaque saison.

| DURANT LES 12 DERNIERS MOIS | OUI | NON |
|---|---|---|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? | | |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou 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 sans l'accord d'un médecin ? | | |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception 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, tendinite, etc...) survenue 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 pratique sportive ? | | |
| ***NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du signataire*** | | |
| **Si vous avez répondu NON à toutes les questions :** | | |
| Pas de certificat médical pour venir pratiquer pendant la période des cours d'essai, **MAIS** il vous faudra **OBLIGATOIREMENT** un certificat médical de **Non contre-indication à la pratique du Krav Maga,** si vous souhaitez par la suite vous inscrire dans nos clubs. | | |
| **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :** | | |
| Certificat médical à fournir **MEME pour la période des cours d'essai**. Consulter un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné. | | |

## DECLARATION D'APTITUDE ET D'ACCEPTATION DES RISQUES – COURS D'ESSAI DE KRAV MAGA

Je soussigné(e)

Date de naissance : / / Adresse :

déclare participer aux **cours d'essai de Krav Maga** organisé par le club **KMSP Toulon/Sanary**, affilié à la FEKM, en connaissance de cause.

- Je reconnais avoir été informé(e) que cette activité physique comporte des risques inhérents à la pratique des sports de combat.
- Je déclare ne présenter aucune contre-indication médicale connue à la pratique du Krav Maga.
- J'atteste être couvert(e) par une assurance responsabilité civile personnelle et reconnais avoir été informé(e) de l'importance de disposer d'un contrat d'assurance pour me garantir des éventuels dommages subis pendant l'activité sportive.
- Je reconnais avoir été pleinement informé(e) que le club et ses responsables ne peuvent pas être tenus responsables en cas d'accident lié à une information de santé que je n'aurais pas communiquée.

Fait à : Le :

Signature