



**Le Qi Gong Dayan** Une activité du :  
**Comité du Quartier Madeleine Pont-Vieux**  
Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901  
87 Bd Alsace Lorraine  
81000 Albi



## ATTESTATION DE RÉPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE LORS DE LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'ADHÉSION.

*(À remplir en caractères d'imprimerie)*

Je soussigné(e) :

Nom ..... Prénom .....

Atteste avoir renseigné l'auto-questionnaire de santé « QS-Sport » et avoir répondu NON à toutes les questions. Je fournis cette attestation à mon club lors de mon renouvellement d'adhésion.

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

# Questionnaire de santé « QS – SPORT »

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\*

## Durant les 12 derniers mois

Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?

| OUI                      | NON                      |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Avez-vous eu une perte de connaissance ?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

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"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

## À ce jour

Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur à la suite d'un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

*\*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.*

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

Pas de certificat médical à fournir.

Simplement atteste, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement d'adhésion.

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

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

# ***Certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive.***

Je, soussigné(e), Dr .....déclare avoir examiné

Mme / M..... âgé(e) de.....

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique ni d'antécédent personnel contre-indiquant la pratique du Qi Gong\*

Date : .....

Cachet et signature .....

(\*) Qi Gong : « s'entraîner avec l'énergie » en chinois est une technique composée de mouvements lents, adaptés à l'effort, sans but compétitif, combinés à des exercices de postures statiques, debout ou assises, d'exercices respiratoires et de concentration.

La pratique du Qi Gong est déconseillée dans les cas suivants : angine de poitrine, infarctus, hépatite aiguë, pneumonie, néphrite aiguë, infection aiguë des voies urinaires et certaines atteintes du système nerveux comme l'épilepsie, les accidents artério-cérébraux, l'hémiplégie.

En ce qui concerne les troubles psychologiques et les maladies psychiques, la pratique du Qi Gong est possible en dehors des périodes de crise, surtout pour les personnes angoissées ou déprimées.

La pratique du Qi Gong est déconseillée aux femmes enceintes à partir du 6ème mois.