VEEQ 2026-27

QUESTIONNAIRE DE SANTE UNIQUEMENT POUR LES PARTICIPANTS DE BADMINTON

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR "OUI" OR "NON". Durant les 12 derniers mois :

a. **Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliqué? OUI/NON**

b. **Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise? OUI/NON**

c. **Avez vous eu un episode de respiration sifflante? OUI/NON**

d. **Avez vous eu une perte de connaissance? OUI/NON**

e. **Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour les raisons de santé, avez vous repris sans l'accord du médicin? OUI/NON**

f. **Avez vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation auz allergies)? OUI/NON**

g. **Ressentez vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problem osseux, articulaire ou musculaire? OUI/NON**

h. **Votre pratique sportive, est-elle interrompue pour des raisons de santé? OUI/NON**

i. **Pensez-vous avoir besoin d'un avis medical pour poursuivre votre practique sportive? *OUI/NON***

SI VOUS AVEZ REPONDU "NON" A TOUTES LES QUESTIONS, IL N'Y AURA AUCUN CERTIFICAT MEDICAL A FOURNIR. SI VOUS AVEZ REPONDU "OUI" A UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS, IL FAUDRA FOURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL ET CONSULTER UN MEDICIN EN LUI PRESENTANT CE QUESTIONNAIRE. LES REPONSES FORMULEES RELEVENT DE LA SEULE RESPONSIBILITE DU LICENCIE.

……..

FORMULAIRE A REMETTRE A L'ASSOCIATION VEEQ

Je soussigné(e) (nom, prénom) …… atteste avoir répondu "NON" à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 20 avril 2017

A …… LE ……/……./……. SIGNATURE ……

VEEQ 2026-27

HEALTH QUESTIONAIRE FOR BADMINTON PLAYERS ONLY.

PLEASE RESPOND TO THE FOLLOWING QUESTIONS WITH "YES" or "NO". During the last 12 months….

a. ***Has a member of your family died suddenly from heart disease or an unknown cause?*** ***YES/NO***

b. ***Have you felt any pain in your chest, palpitations, problems with breathing or sickness?*** ***YES/NO***

c. ***Have you suffered from asthma?*** ***YES/NO***

d. ***Have you fainted or lost consciousness?*** ***YES/NO***

e. ***If you have stopped playing sports for 30 days or more for health reasons, have you started again WITHOUT the agreement of your doctor?*** ***YES/NO***

f. ***Are you being treated for a long term medical condition (except contraception or allergy treatment)?*** ***YES/NO***

g. ***Have you suffered any pain,loss of strength or stiffness following problems with your bones, joints or muscles?*** ***YES/NO***

h. ***Have your sporting activities been interrupted for health reasons?*** ***YES/NO***

i. ***Do you think that you should consult a doctor before continuing with any sporting activities?*** ***YES/NO***

IF YOU HAVE ANSWERED NO TO ALL THESE QUESTIONS, THERE IS NO NEED TO PRODUCE A MEDICAL CERTIFICATE. BUT IF YOU HAVE ANSWERED YES TO ONE OR MORE QUESTIONS YOU MUST ASK YOUR DOCTOR FOR A MEDICAL CERTIFICATE AND SHOW HIM/HER THIS QUESTIONNAIRE. YOUR ANSWERS TO THIS QUESTIONNAIRE ARE YOUR SOLE RESPONSIBILITY.

……..

FORM TO BE RETURNED TO VEEQ:

I, the undersigned (family name, first name) ……..testify that I have answered NO to all the questions on the health questionnaire, as published by the decree of 20 April 2017

At …… on ……/……./……. SIGNATURE ……