

## QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF – (PERSONNES MAJEURES)

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

- Questionnaire Santé – Sport rempli le : .....

Nom, Prénom : ..... Date de naissance : .....

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
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>À 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"/>
<b>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</b>		

- **Si vous avez répondu OUI** à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.
- Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez)

## 1 ATTESTATION SANTE POUR LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF POUR L'ANNEE 2023-2024

Nom, prénom du licencié ..... Date de naissance : .....

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive :  
.....

Je, soussigné, atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

À ....., le .....

Nom, prénom et signature du pratiquant