

## QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié ou du représentant légal du licencié.

Questionnaire Santé-Sport rempli le .....2017

NOM-PRENOM : ..... 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 ? :		
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.) 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 pratique sportive ? :		

- ◆ 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).

### **PARTIE A DETACHER ET A REMETTRE A LA FRATERNELLE**

#### Attestation de santé pour le renouvellement d'une licence sportive FSCF pour l'année 2017-2018

Date du dernier certificat médical d'absence de contre indication à la pratique d'une activité physique ou sportive :  
...../...../20..... Délivré à (nom-prénom-date de naissance).....

Je, soussigné(e), ....., responsable légal de .....,  
atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé.

A ....., le ..... Signature du pratiquant ou de son représentant légal