

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

Questionnaire Santé – Sport rempli le :

Nom, Prénom : **Date de naissance :**

REPONDEZ 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"/>
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 ?	<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"/>
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 à détacher et à donner à l'association.....

ATTESTATION SANTÉ POUR LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF POUR L'ANNÉE 2020-2021

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

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

A : Le :

Signature du pratiquant ou de son représentant légal