



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ET ATTESTATION

Dans le cadre du renouvellement de votre licence, ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

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

DURANT LES 12 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) ?		
À 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 NON à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir. Simplet atteste, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

POUR LES PLUS DE 18 ANS

Je soussigné(e),

NOM :

PRÉNOM :

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature du licencié :

POUR LES MINEURS

Je soussigné(e),

NOM :

PRÉNOM :

en ma qualité de représentant légal de :

NOM :

PRÉNOM :

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature du représentant légal