# Annexe 4 : Questionnaire de santé 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 inexpliquée ? | ☐ | ☐ |
| 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 ? | ☐ | ☐ |
| ***NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.*** | | |

- **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

# Attestation santé pour le renouvellement d'une licence sportive FSCF pour l'année 2021-2022

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