



RENOUVELLEMENT DE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE

Questionnaire de santé « QS – SPORT » (Saison 2023 – 2024)

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence.

Répondez aux questions suivantes en cochant : " OUI " ou " NON "

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<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) Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Fumez-vous régulièrement (tabac, cannabis, autres drogues) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Consommez-vous régulièrement de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Souffrez-vous d'une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À ce jour		
10) 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...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

SI VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI » A UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS.

Certificat médical à fournir. Consultez votre médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

ATTESTATION POUR LES PRATIQUANTS MAJEURS

Je soussigné, Mme / M.

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir :

- Répondu **NON** à toutes les questions ; je fournis cette attestation à mon association lors de mon renouvellement de licence.

DATE & SIGNATURE