

## ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE LORS DE LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE LICENCE

### Attestation pour les pratiquants majeurs :

Je soussigné (e) M/ Mme [.....] atteste avoir renseigné le questionnaire de sante et avoir

• Répondu **NON\*** à toutes les questions; je fournis cette attestation à mon club lors de mon renouvellement de licence.

• Répondu OUI\* a une au plusieurs question(s) ; **je fournis un certificat de non contre-indication à la pratique sportive lors de mon renouvellement de licence**

Date et signature

### Attestation pour les pratiquants mineurs :

Je soussigné(e) M/Mme [.....], en ma qualité de représentant légal de [Prénom **NOM**], atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de sante et qu'il/elle a:

• Répondu **NON\*** à toutes les questions ; je fournis cette attestation à son club lors de son renouvellement de licence.

• Répondu OUI\* à une ou plusieurs question(s) ; **je fournis un certificat médical de non contre indication à la pratique sportive lors de son renouvellement de licence**

Date et signature du représentant légal.

\*Rayer la mention inutile

Attestation à donner  
Lors de son renouvellement de licence

A

Le ...../ ...../ .....

Signature :

## QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS-SPORT »

### PRELABLE A LA DEMANDE DE LICENCE (renouvellement)

Ce questionnaire de sante vous permet d'évaluer la nécessité d'une consultation médicale pour poursuivre votre activité.

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié

Répondez aux questions suivantes par <b>OUI</b> ou par <b>NON</b> .	
<b>DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :</b>	<b>OUI    NON</b>
1   Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée?	<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) ? 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"/>
<b>A CE JOUR :</b>	<b>OUI    NON</b>
1   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.) survenue durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2   Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3   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.

#### SI VOUS AVEZ REPONDU NON A TOUTES LES QUESTIONS

**Pas de certificat médical à fournir.**

Simplement attestez, 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 REPONDU OUI A PLUSIEURS QUESTIONS :

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire

