

## QUESTIONNAIRE DE SANTE 2019-2020

### QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LE RENOUELEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF POUR L'ANNEE 2019-2020

Nom  Prénom

Date de naissance  Sexe  Mas.  Féminin

Merci de répondre à **TOUTES** les rubriques de ce questionnaire de santé 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 ?	<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"/>
<b>A CE JOUR :</b>			
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).

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions** : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions** : vous n'avez pas de nouveau certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive à fournir. Compléter et signer l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez)

PARTIE A DETACHER

### ATTESTATION SANTE POUR LE RENOUELEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF POUR L'ANNEE 2019-2020

Je, soussigné(e) : Nom  Prénom

Date de naissance  Sexe  Mas.  Féminin

**Atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à TOUTES les rubriques du questionnaire de santé.**

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive:

Le  /  /

Signature du licencié ou de son représentant légal

A

Le