



Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS — SPORT »

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

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 ?		
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) ?		
A 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 NON à 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 répondu OUI à une ou plusieurs questions :

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

ATTESTATION à fournir si vous avez répondu NON à toutes les questions **du QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT »**

Dans le cadre du renouvellement de ma licence sportive et conformément à la réglementation du Code du sport et du règlement médical de la FFSU,
je, soussigné(e) M/Mme, (Prénom, Nom)
atteste avoir renseigné(e) le questionnaire de santé, QS-Sport-Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à toutes les questions.
-
N°15699*01 et avoir répondu par la négative à toutes les questions.
N°15699*01 et avoir répondu par la négative à toutes les questions. Date de mon certificat médical :
N°15699*01 et avoir répondu par la négative à toutes les questions. Date de mon certificat médical :