



ATTESTATION DE RÉPONSE NÉGATIVE À TOUTES LES OUESTIONS DU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « OS – SPORT »

licence)
de sa
nent
em
<u></u>
Š
ಠ
e Z
Ţ
an
nd
а
E
ŏ
cié
Ē
Ö
<u>е</u>
ba
<u>:=</u>
ш
ē
ď
~

Je soussigné(e) : [Nom – Prénom]
N° de Licence :
Nom du Club :
Demeurant :
[Adresse complète]

Atteste sur l'honneur :

- Avoir fourni à un club affilié FFN un certificat médical de non contreindication à la pratique du sport ou de la ou les disciplines fédérales envisagées, en compétition, il y a moins de trois ans,
- Ne pas avoir eu d'interruption de licence depuis la fourniture de ce certificat,
- Avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé « QS SPORT » dont le contenu est précisé à l'Annexe II-22 (Art. A. 231-1) du Code du sport.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

[date]	
[Ville] le	
ità	
Ē	

Signature manuscrite

14 rue Scandicci – 93508 PANTIN Cedex Tél. 01 41 83 87 70 – Fax. 01 41 83 87 69 E-mail: ffn@ffnatation.fr

www.ffnatation.fr

au droit en vigueur. Ils ne constituent pas à eux seuls un avis professionnel ou juridique. L'utilisation de ces documents ne saurait engager la responsabilité de la FFN,

La FFN met tout en œuvre pour rédiger des documents conformes



(Annexe II-22- Art, A. 231-1 du Code du sport) **QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « OS – SPORT »**

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.	110	
DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS:	100	NON
 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, entorise, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois?		
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
 Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive? 		
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		

14 rue Scandicci – 93508 PANTIN Cedex Tél. 01 41 83 87 70 – Fax. 01 41 83 87 69 E-mail: ffn@ffnatation.fr

www.ffnatation.fr

au droit en vigueur. Ils ne constituent pas à eux seuls un avis La FFN met tout en œuvre pour rédiger des documents conformes professionnel ou juridique. L'utilisation de ces documents ne saurait engager la responsabilité de la FFN,