

## QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF - (PERSONNES MAJEURES)

MERCI DE REpondre A TOUTES LES RUBRIQUES DE CE QUESTIONNAIRE.

Nom

Prénom

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

/ /

Questionnaire rempli le :

Merci de répondre à **TOUTES** les rubriques du 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"/> |
| À 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 ? | <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. Compléter et signer l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez).

✂ PARTIE À DÉTACHER

## ATTESTATION SANTE POUR LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF POUR LA SAISON 2025/2026

Je, soussigné(e) : Nom

Prénom

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

/ /

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 pratiquant

A

Le