

**Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.**

Nom, Prénom : ..... Date de naissance .....

Questionnaire Santé – Sport rempli le : .....

<b>RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR <u>OUI</u> OU PAR <u>NON</u> DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :</b>	OUI	NON
1° Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2° Votre fils (fille) a-t-il (elle) ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3° Votre fils (fille) a-t-il (elle) eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4° Votre fils (fille) a-t-il (elle) eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5° Si Votre fils (fille) a arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, a-t-il (elle) repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6° Votre fils (fille) a-t-il (elle) 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° Ressent-il (elle) 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° La pratique sportive de votre fils (fille) est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9° Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour que votre fils (fille) poursuive sa pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du responsable légal du ou de la licencié(e).

- Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.
- Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation ci-dessous.

**Attestation santé pour le renouvellement**

**d'une licence sportive FSCF pour l'année 2019-2020**

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive : ..... délivré à (nom, prénom et date de naissance) .....

Je soussigné(e), ..... atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé.

**A .....**; **le .....**

**Signature du pratiquant majeur ou de son représentant légal**