

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 ? | <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 :

CERTIFICAT MEDICAL À FOURNIR - CONSULTEZ UN MEDECIN et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

PAS DE CERTIFICAT MEDICAL A FOURNIR

J'atteste sur l'honneur :

- ✓ 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 ;
- ✓ Avoir fourni à l'Association des Sports Extrêmes de Besançon (club affilié FFRS) un certificat médical de non-contre-indication à la pratique du roller, il y a moins de trois ans ;
- ✓ Ne pas avoir eu d'interruption de licence depuis la fourniture de ce certificat.

NOM :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Fait pour servir et valoir ce que de droit,

Fait à Besançon, le/...../.....

Signature :