

**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**

Je soussigné(e) (NOM, Prénom) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en ma qualité de représentant légal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l’arrêté du 20 avril 2017 lors de la demande de renouvellement de la licence pour la saison sportive de 2022/2023 au club GYMNASTIQUE AGRES VELIZY.

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le\_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_ signature