

**RENOUVELLEMENT DE LICENCE D'UNE FEDERATION SPORTIVE  
QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS - SPORT »**

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

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

Nom Prénom : .....

Date de naissance : .....

<b>REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR UNE CROIX DANS LES COLONNES ' OUI OU NON '. DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexplicée ?		
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) ?		
<b><u>A ce jour :</u></b>		
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...)		
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 ?		
<b>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié</b>		

- 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.
- 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 et donner la (sans le questionnaire que vous conserverez).

**ATTESTATION SANTE POUR LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE  
POUR L'ANNEE 2023 – 2024**

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive : .....

Je, soussigné, .....atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les questions de santé.

Fait à ....., le .....

Signature du pratiquant ou de son représentant légal.