



QUESTIONNAIRE DE SANTE « 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 | | |
| Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ? | | |
| Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | | |
| Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | | |
| Avez-vous eu une perte de connaissance ? | | |
| 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 ? | | |
| Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | | |
| A ce jour | | |
| 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 ? | | |
| Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | | |
| 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 FFCK 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 santé pour le renouvellement d'une licence sportive FFCK *

Nom et Prénom de l'adhérent :
Numéro de licence de l'adhérent :

Je soussigné.e, _____, atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé ci-dessus.

Fait à _____, le _____

Signature du pratiquant ou de son représentant légal

* Attestation à remettre au club