



Questionnaire de santé pour le renouvellement d'une licence course à pied FSCF

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

Questionnaire Santé- Sport rempli le :

Nom Prénom : Date de naissance :

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS : COCHEZ LA CASE	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée?	0	0
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	0	0
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)?	0	0
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	0	0
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 ?	0	0
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	0	0
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?	0	0
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	0	0
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	0	0
<i>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

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 et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez)

Partie à détacher

Attestation santé pour le renouvellement d'une licence sportive FSCF pour l'année 2018-2019

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive : (après juillet 2016)

...../...../..... délivré à (nom-prénom-date de naissance) :

Je, soussigné, atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques

du questionnaire de santé.

A, le.....

Signature du pratiquant ou de son représentant légal