

**NOM : PRENOM :**

**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 ? | |  |  |
| |  | | --- | | 1. Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un   essoufflement inhabituel ou un malaise ? | |  |  |
| |  | | --- | | 1. Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | |  | |  |  |
| |  | | --- | | 1. Avez-vous eu une perte de connaissance ? | |  | |  |  |
| |  | | --- | | 1. 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 ? | |  |  |
| |  | | --- | | 1. Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | |  |  |
| **A ce jour** |  | |
| |  | | --- | | 1. 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 ? | |  |  |
| |  | | --- | | 1. Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | |  | |  |  |
| |  | | --- | | 1. 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. | |