

QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LE RENOUELEMENT D'UNE LICENCE FSCF POUR L'ANNEE 2024/2025– gym majeure

Questionnaire SANTE-SPORT rempli le

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire, par oui ou par non.

Durant les douze derniers mois,

1 - Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
2- Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
3 - Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
4 - Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
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 ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
6 - Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

À 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 ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
8 - Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
9 - Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

- 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)

✂.....

ATTESTATION DE SANTE POUR LE RENOUELEMENT D'UNE LICENCE FSCF POUR L'ANNEE 2024/2025 – gym majeure

Je, soussigné,

Date de naissance :

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication

à la pratique d'une activité physique ou sportive :

atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé.

À _____, le _____ Signature du pratiquant