

RENOUVELLEMENT DE LICENCE QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé vous permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive

Répondez aux questions suivantes pour 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 ?		
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) ?		
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 ?		
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 ?		

*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 signé



ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE LICENCE

(Uniquement pour les activités n'imposant pas la présentation annuelle d'un certificat médical de non contre-indication)

Je soussigné Mme, M. (Nom et prénom de l'adhérent-e) :

.....

Si mineur ou autre, nom et prénom du représentant légal :

.....

Certifie avoir répondu NON à toutes les questions du formulaire de santé (CERFA N° 15699*01, conformément à l'arrêté du 20 avril 2017 publié au JORF n°0105, texte n°102) pour ma demande de renouvellement de la licence UFOLEP.

Je conserve le questionnaire de santé durant 1 an.

Pour faire valoir ce que de droit

A

Le/...../.....

Signature :