

## 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                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Durant les 12 derniers mois</b>  |                          |                          |
| Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu une perte de connaissance ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>A ce jour</b>  |                          |                          |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié</b>   |                          |                          |
| <b>Si vous avez répondu NON à toutes les questions :</b>  |                          |                          |
| Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la FFCK avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.                         |                          |                          |
| <b>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :</b>  |                          |                          |
| 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