

**N° 15699\*01**



**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 *(O)*ou par NON *(N)*\*** | **O** | **N** |
| **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 renseigné.** |





**N° 15699\*01**

**Questionnaire de santé« QS – SPORT »**

Je soussigné : Nom  ; Prénom

Père, mère ou tuteur légal de l’enfant : Nom  ; Prénom

Atteste par la présente avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions relatives au questionnaire de santé *CERFA N° 15699\*01* et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entrainera obligatoirement la production d'un nouveau certificat,

Déclare renoncer dès aujourd’hui à faire valoir, toutes revendications en cas d’accident lié à la santé.

Déclare m'engager à faire renoncer à mes assureurs tout recours contre le club nautique Saint Marsien et ses dirigeants.

Fait à  Le

Signature :