



Questionnaire QS Sport

(À remplir si le certificat médical date de 2016 ou avant)

Nom:

Prénom:

Date du dernier certificat médical :

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :

Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive (parution au J.O. n° 0105 du 4 mai 2017 texte n°102)

Questions	Oui	Non
1- Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord du médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A CE JOUR :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
8- Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique de licencié ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié		

Notifications:

«Si vous avez répondu NON à toutes les questions: Pas de certificat médical à fournir»

«Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions: certificat médical à fournir.

Consultez votre médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné».

Attention: en cas de doute sur les réponses à indiquer dans le tableau, l'intéressé est seul responsable de la(ou des)réponse(s)à donner; en aucun cas le club ne peut décider ou conseiller sur une (ou des) questions et réponse(s)à fournir.

Fait le: _____ à _____

Signature de l'intéressé:

Questionnaire réceptionné par le club en date du: