

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

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 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 inexplicée ? | <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 d'un 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 | | | |
| 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 sportive ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i> | | | |

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, 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.

ATTESTATION D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE SPORTIVE

À remettre à votre animateur sportif lors de la première séance

Je soussigné(e), (indiquez vos nom et prénom)

atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé « QS-SPORT » (Cerfa n°15699*01), disponible sur le site Internet fédéral, à l'occasion de la demande de renouvellement de la licence sportive de la Fédération Française Sports pour Tous pour la pratique sportive d'une ou de plusieurs des familles d'activités suivantes :

- activités gymniques d'entretien et d'expression
- activités de randonnées de proximité et d'orientation
- jeux sportifs et jeux d'opposition
- activités en milieu aquatique

Conformément au décret n° 2016-1387 du 12 octobre 2016 et de l'arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive modifiant les conditions de renouvellement du certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport, je n'ai pas besoin de fournir de certificat médical cette saison sportive.

Cette attestation est valable l'année, sous réserve de modification notoire de mon état de santé.

Attestation établie le : / /

Signature du pratiquant ou signature du représentant légal :

ATTESTATION QS sport

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM] ,
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la
négative à l'ensemble des rubriques.*

Date et signature du sportif.

Pour les mineurs :

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM] ,
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]..... ,
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et a répondu par
la négative à l'ensemble des rubriques.*

Date et signature du représentant légal.