

QUESTIONNAIRE DE SANTE « SPORTIF MAJEUR »

(À conserver par le licencié)

| **RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON**Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié | **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 ? |  |  |

| **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. |

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**ATTESTATION**

Je soussigné(e) (Nom, prénom) …………………………………………………………………………….. Licencié FSGT sous le N° ………………………………………………………………………………….….. atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l’arrêté du 20 avril 2017, lors de la demande de renouvellement de la licence pour la saison sportive 2024/2025 au club ATLAS Badminton

A ………………………………, le …..…/..……/….....

Pour dire et valoir ce que de droit, signature du licencié(e)