

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

NOM :	Prénom :	Signature :		
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 inexpliquée ?			<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"/>
À 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 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.

ATTESTATION DE SANTE POUR LES ADULTES

EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE
A LA FEDERATION FRANÇAISE D'ESCRIME

A remettre à l'association
(Ne pas joindre le questionnaire de santé)

Je soussigné M / Mme

Prénom :

Nom :

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QSSPOORT Cerfa N°15699*01 et avoir
répondu par la négative à l'ensemble des rubriques

Fait à

Le

Signature du sportif