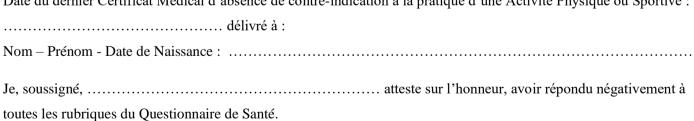




QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE F.S.C.F. POUR L'ANNÉE 2020 - 2021	Derrenthe	Sable CONTROL DEPL
Merci de répondre à <u>toutes</u> les rubriques de ce questionnaire :	•	
Questionnaire Santé – Sport rempli le :		
Nom – Prénom		
REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS	OUI	NON
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) ?		
REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON : A CE JOUR	OUI	NON
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.) survenue 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 ?		
 N.B: Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié ou des parents pour les enfants me de la seule responsabilité du licencié ou des parents pour les enfants me de la seule responsabilité du licencié ou des parents pour les enfants me decir un nouveau certificat médical et de nous le fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné. Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Vous n'avez pas de nouveau certificat médical à Complétez et Signez l'Attestation ci-jointe et remettez là à votre Association. 	n afin d'o	btenir
Conservez le Questionnaire de Santé qui est Personnel et Strictement Confidentiel A découper		
ATTESTATION DE SANTÉ POUR LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE F.S.C.F. POUR L'ANNÉE 2020 - 2021	Oversome Respons	Sable CONSTET DELLA CONS
Date du dernier Certificat Médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une Activité Physique Physiqu	-	ive :
Nom – Prénom - Date de Naissance :		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •



Nom, Prénom et Signature du Pratiquant ou de son Représentant légal (si mineur)

