

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

|                                                                                                                                                                                                                          |          |             |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| NOM :                                                                                                                                                                                                                    | Prénom : | Signature : |                          |                          |
| <b>Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*</b>                                                                                                                                                              |          |             | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
| <b>Durant les 12 derniers mois</b>                                                                                                                                                                                       |          |             |                          |                          |
| 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"/> |
| <b>À ce jour</b>                                                                                                                                                                                                         |          |             |                          |                          |
| 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"/> |
| *NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.                                                                                                                                            |          |             |                          |                          |

### 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.

Je soussigné M/Mme \_\_\_\_\_  
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699  
et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif :

### Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.