



Attestation du Questionnaire de santé

QS-Sport Cerfa15699*01

(A remettre au club)

Je soussigné M/Mme -----

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et **avoir répondu PAR LA NEGATIVE à l'ensemble des rubriques.**

Date et signature du sportif :

Pour les mineurs :

Je soussigné M/Mme -----, en ma qualité de représentant légal de ----- atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et **avoir répondu PAR LA NEGATIVE à l'ensemble des rubriques.**

Date et signature du représentant légal :

Sur le Questionnaire ci-dessous (ne pas le compléter) :

- Si vous avez répondu NON à l'ensemble des Questions, nous retourner cette attestation datée ET signée et le certificat médical de moins de 3 ans
- Si vous n'avez pas répondu NON à l'ensemble des questions, vous devez faire établir un certificat médical auprès d'un médecin et nous fournir ce certificat.


RÉPUBLIQUE FRANÇAISE


N°15699*01

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
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"/>
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"/>

*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.