

Questionnaire de santé pour le renouvellement d'une licence sportive FSCF – (personnes majeures)

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire

■ Questionnaire Santé – Sport rempli le :

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Répondez aux questions suivantes par oui ou non durant les douze derniers mois	oui	non
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.		

● **Si vous avez répondu OUI** à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre questionnaire renseigné.

- Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir.
Compléter et signer l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez)

Partie à détacher



Attestation santé pour le renouvellement d'une licence sportive FSCF pour l'année 2025-2026

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive :

.....

Je soussigné, atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

A

le