

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
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"/>
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"/>
<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 atteste, 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 REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE LORS DE LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE LICENCE
(Uniquement pour les activités n'imposant pas la présentation annuelle d'un certificat médical de non contre-indication)

ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE LORS DE LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE LICENCE
(Uniquement pour les activités n'imposant pas la présentation annuelle d'un certificat médical de non contre-indication)

Je soussigné Mme, Mr (Nom et Prénom de l'adhérent-e)
si mineur ou autre Nom et Prénom du représentant légal
certifie avoir répondu NON à toutes les questions du formulaire de santé (CERFA n°15699*01,
conformément à l'arrêté du 20 avril 2017 publié au JORF n°0105 du 4 mai 2017, texte n°102) pour ma
demande de renouvellement de la licence UFOLEP.

Je soussigné Mme, Mr (Nom et Prénom de l'adhérent-e)
si mineur ou autre Nom et Prénom du représentant légal
certifie avoir répondu NON à toutes les questions du formulaire de santé (CERFA n°15699*01,
conformément à l'arrêté du 20 avril 2017 publié au JORF n°0105 du 4 mai 2017, texte n°102) pour ma
demande de renouvellement de la licence UFOLEP.

Pour faire valoir ce que de droit.

Pour faire valoir ce que de droit.

A

A

Le/...../.....

Le/...../.....

Signature :

Signature :



ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE LORS DE LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE LICENCE
(Uniquement pour les activités n'imposant pas la présentation annuelle d'un certificat médical de non contre-indication)

ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE LORS DE LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE LICENCE
(Uniquement pour les activités n'imposant pas la présentation annuelle d'un certificat médical de non contre-indication)

Je soussigné Mme, Mr (Nom et Prénom de l'adhérent-e)
si mineur ou autre Nom et Prénom du représentant légal
certifie avoir répondu NON à toutes les questions du formulaire de santé (CERFA n°15699*01,
conformément à l'arrêté du 20 avril 2017 publié au JORF n°0105 du 4 mai 2017, texte n°102) pour ma
demande de renouvellement de la licence UFOLEP.

Je soussigné Mme, Mr (Nom et Prénom de l'adhérent-e)
si mineur ou autre Nom et Prénom du représentant légal
certifie avoir répondu NON à toutes les questions du formulaire de santé (CERFA n°15699*01,
conformément à l'arrêté du 20 avril 2017 publié au JORF n°0105 du 4 mai 2017, texte n°102) pour ma
demande de renouvellement de la licence UFOLEP.

Pour faire valoir ce que de droit.

Pour faire valoir ce que de droit.

A

A

Le/...../.....

Le/...../.....

Signature :

Signature :

