

RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE

QUESTIONNAIRE SANTÉ – SPORT – « QS-SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir ou non un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS PAR OUI OU PAR NON	OUI	NON
Durant les douze derniers mois :		
1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque inexplicable ?	<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 dans 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.		

Pour obtenir ou renouveler une licence pour pratiquer les activités sportives suivantes : la plongée, le parapente et l'escalade, l'adhérent doit présenter un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la discipline concernée.

Je soussigné(e),

Nom.....Prénom.....n° de licence.....

Date du dernier certificat médical :/...../.....

Certifie exacte les informations citées ci-dessus. Celles-ci relèvent uniquement de ma responsabilité.

Fait à....., le.....Signature