



FEDERATION SPORTIVE ET GYMNIQUE DU TRAVAIL

Comité Départemental FSGT des Yvelines - 7, rue Veuve Fleuret - 78130 LES MUREAUX

☎ 01.34.74.84.93 - ✉ fsgt78@free.fr - www.fsgt78.com

QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS - SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de déterminer si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence, sportive

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES 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 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 dans les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Votre pratique sportive s'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. Attestez sur l'honneur 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 obligatoire. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



ATTESTATION SUR L'HONNEUR (à retourner à l'association dûment remplie)

Pour les mineur(e)s : attestation à remplir par le ou les représentants légaux

Je soussigné(e), personne majeure ou représentant légal de
demeurant au

Téléphone..... Mél.....@.....

atteste sur l'honneur avoir répondu **NON** à toutes les questions du « Questionnaire de Santé » fourni par l'association

.....concernant le renouvellement de ma licence sportive.

« Pour faire valoir ce que de droit »

Fait à le Signature (obligatoire) :