

Questionnaire de santé Adhérent licencié 2020/2021

Renouvellement de licence

VOLVIC ESCRIME CLUB
27 rte de Marsat 63530 VOLVIC



Nom : _____ Prénom _____ Date de Naissance : _____

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

(Présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an (au jour de la demande), tous les trois ans.)

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS : OUI NON

	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque inexplicée ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine ? Des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de sante, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		

A CE JOUR : OUI NON

	OUI	NON
Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite a un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite...) survenu durant les 12 derniers mois ?		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

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. Simplement attestez, 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 questionnaire santé 2020/2021

Renouvellement de licence

VOLVIC ESCRIME CLUB
27 rte de Marsat 63530 VOLVIC



Je soussigné M / Mme _____ atteste avoir renseigné le questionnaire de santé Cerfa n°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif :

Pour les mineurs :

Je soussigné M / Mme _____, en qualité de représentant légal de _____, atteste qu'il /elle a renseigné le questionnaire de santé Cerfa n° 15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques .

Date et signature du représentant légal :