

**Document à renvoyer complété à : secretaire@bad-kom.fr**

**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 inexpliquée ?
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante ? (Asthme)
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Avez-vous eu une perte de connaissance ?
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. 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 ?
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Avez--vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?
 | [ ]  | [ ]  |
| **A ce jour** |
| 1. 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 ?
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. 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**

Je soussigné(e),

NOM : 

PRENOM : 

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l’ensemble des questions.

DATE : 

Signature du licencié : ***cliquez sur l’image encadrée en bleu puis insérer votre signature numérisée***



Pour les mineurs :

Je soussigné(e),

NOM : 

PRENOM : 

En ma qualité de représentant légal de :

NOM : 

PRENOM : 

atteste qu’il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et a répondu par la négative à l’ensemble des questions.

DATE : 

Signature du licencié : ***cliquez sur l’image encadrée en bleu puis insérer votre signature numérisée***

