

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Le certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive est remplacé par un questionnaire de santé (décret n°2021-567 du 7 mai 2021).



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 ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
<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 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 SUR L'HONNEUR

Le questionnaire médical en page 2 est personnel et n'est pas à transmettre. Vous pouvez :

- Si vous le souhaitez, l'imprimer, le remplir et le conserver.
- ou
- Evaluer les réponses que vous donnerez à chaque question.

Je soussigné(e) (nom et prénom) _____

Dans les deux cas, vous voudrez bien reporter le résultat du questionnaire ci-dessous, puis transmettre cette attestation par mail à nuillenforme@gmail.com ou en version papier lors du prochain cours ;

☐ J'atteste avoir répondu « **non** » à l'ensemble des questions posées par le questionnaire de santé prévu par l'article D.231-1-4 du Code du sport, dont un exemplaire m'a été communiqué. J'ai conscience que les réponses formulées relèvent de ma seule responsabilité.

☐ J'atteste avoir répondu « **oui** » à une ou plusieurs questions, dans ce cas je suis informé(e) que je dois fournir un nouveau certificat médical.

Fait à _____, le _____

Signature

**AUTORISATION PARENTALE POUR LA PRATIQUE D'ACTIVITE SPORTIVE DANS
LE CADRE DE L'ASSOCIATION NUILLE EN FORME**

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Demeurant,

Adresse :

Code postal :

Ville :

Agissant en qualité de :

☐ père ☐ mère ☐ tuteur ou tutrice

Autorise ma fille / mon fils (*rayez la mention inexacte*) mineur(e) nommé(e) ci-dessous :

Nom : Prénom :

Né(e) le :/...../.....

À pratiquer une activité sportive mise en place par l'association Nuillé En Forme :

O Full Body / Gym douce (mineur(e) agé(e) de 14 ans à 17 ans)

O Autres activités proposées par l'association (mineur(e) agé(e) de 16 ans à 17 ans)

Fait à :

Le : / /