

QUESTIONNAIRE SANTE

Complétez le formulaire et Répondez aux questions par OUI ou par NON.



N° LICENCE : _____

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

SEXE : _____

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :

OUI NON

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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)?
A ce jour: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? | <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"/> |
| 10) Je refuse de répondre au questionnaire et je présenterai un nouveau certificat médical. | <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. 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, ou si vous refusez de répondre:

«Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.»

Dans certaines situations particulières il n'est pas non plus possible d'utiliser l'ancien certificat médical et un nouveau certificat médical datant de moins de 6 mois devra être fourni:

Si vous demandez **une licence de type Athlé Compétition ou Athlé Running** ou Athlé Entreprise et vous aviez la saison dernière une licence Athlé Santé. Il n'est pas possible d'utiliser l'ancien certificat médical car ces types de licences exigent un **certificat médical portant la mention « pratique de l'athlétisme en compétition »**.

Date et signature du Licencié :

(des parents ou du représentant légal si le licencié est mineur)