

QUESTIONNAIRE DE SANTE

POUR LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE

auprès du club

affilié pour l'exercice /

à la Fédération Francophone de Country Dance et Line Dance (FFCLD)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Mail :

Tél. :

Ayant adressé et fourni un certificat médical en date du
auprès du dit club , je renouvelle mon adhésion accompagné de ce questionnaire rempli par moi-même. (Cette procédure est appliquée du fait que j'ai déjà fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans)

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :

Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive (parution au J.O. n° 0105 du 4 mai 2017 exte n°102)

| Questions | 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 du 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 : | <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 du licencié ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié | | |

Notifications :

« Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir »

« Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : certificat médical à fournir. Consultez votre médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné ». Attention : en cas de doute sur les réponses à indiquer dans le tableau, l'intéressé est seul responsable de la (ou des) réponse(s) à donner ; en aucun cas le club ne peut décider ou conseiller sur une (ou des) questions et réponse(s) à fournir.

Fait le : _____ à _____

Signature de l'intéressé :

Ecrire la phrase manuellement : « J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence 202x /202x en tenant compte des notifications indiquées à la suite du tableau »

Questionnaire réceptionné par le club en date du : (à conserver par le club)