

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur.....

### CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR

Nom et Prénom : .....

et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique sportive de compétition, d'entraînement et d'entretien pour les activités suivantes (cocher les cases) :

- 
- Danse, Danse sportive, Zumba
- Course hors stade, Athlétisme,
- Tennis,
- Football, Sports Collectifs
- VTT, Cyclisme,
- Triathlon, Duathlon, Biathlon, Bike & Run,
- Gymnastique d'entretien,
- Eveil corporel,
- Sophrologie,
- Arts du cirque,
- Canyoning,
- Ecole du sport, activités multisports,
- Escalade, Accrobranche,
- Epreuves combinées / Raid multi-activités,
- Natation,
- Patinage sur glace,
- Judo, Jujitsu,
- Canoë-Kayak,
- Voile,
- Ski alpin, Ski de fond, Ski de randonnée, Biathlon, Raquettes à neige, Surf et autres activités neige.

Date de l'examen médical :

Cachet professionnel

Signature :



## 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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<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) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</b>		
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"/>
<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.

Nom et Prénom :

Date

Signature