**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT » (Cerfa 15699-01)**

**Préalable à la demande de renouvellement de licence**

NOM : PRENOM : SECTION :

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Sportive des ASPTT.

Répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :**1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une cause cardiaque

ou 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) ?
2. Avez-vous eu une perte de connaissance ?
3. 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) ? **À 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.) survenue durant les 12 derniers mois ? 1. Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?
2. Pensez-vous avoir besoin d’un avis médical pour poursuivre

votre pratique sportive ?  | **OUI****□****□****□****□****□****□****□****□****□** | **NON****□****□****□****□****□****□****□****□****□** |

**NB** : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié

**SI VOUS AVEZ REPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS**

**ET QUE VOUS AVIEZ FOURNI UN CERTIFICAT MÉDICAL EN 16/17 :**

Pas de certificat médical à fournir.

Simplement attestez, en cochant la case « Renouvellement questionnaire de santé » sur votre demande de licence (en ligne ou papier), avoir répondu non à toutes les questions lors de la demande de licence.

**SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :**

Certificat médical à fournir.

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

 DATE : / / SIGNATURE