



## Nom:

## Prénom:

Pratiquant majeur - Pratique de la compétition en assaut ou pratique de loisir sans compétition

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé " QS-SPORT " MAJEUR

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 douze 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 ?  |     |     |
| NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié  |     |     |

Si vous avez répondu NON à toutes les questions, vous n'avez pas à fournir de certificat médical pour le renouvellement de votre licence ; attestez simplement avoir répondu NON à toutes les questions à l'aide du formulaire fédéral.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, vous devez alors fournir un certificat médical datant de moins de 6 mois. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Le: 202

Siège social : FFKMDA - 38, Rue Malmaison 93170 BAGNOLET Arrêté de délégation ministérielle : NOR SPOV1313107A SIRET: 507 458 735 00036 - CODE APE : 9312Z Téléphone : 33 (0)1 43 60 53 95 – Télécopie : 33 (0)1 43 60 04 75 Site web : www.ffkmda.org Signature: