





Attestation Questionnaire de Santé 2024 - 2025



 	
Renouvellement de licence d'une fédération sportive	
Questionnaire de santé « QS – SPORT »	
<small>Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.</small>	
Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI NON
Durant les 12 derniers mois	
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 débüté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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 ?	<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"/>
<small>*NB : Les réponses fournies relèvent de la seule responsabilité du licencié.</small>	

Je soussigné(e) M/Mme

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT CERFA N°15699*01 et avoir répondu **PAR LA NÉGATIVE** à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif :

Pour les mineurs :

Je soussigné M/Mme..... ,

Représentant légal de

Atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT CERFA N°15699*01 et a répondu **PAR LA NÉGATIVE** à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal :

A noter que,



- **Si vous avez répondu NON** à l'ensemble des questions, nous retourner cette attestation datée et signée.

- **Si vous n'avez pas répondu NON** à l'ensemble des questions, vous devez faire établir un certificat médical auprès d'un médecin et nous fournir ce certificat.