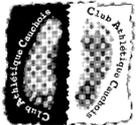


## QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LA SAISON 2022

- Durant les douze derniers mois, un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?
- Durant les douze derniers mois, avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?
- Durant les douze derniers mois, avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?
- Durant les douze derniers mois, avez-vous eu une perte de connaissance ?
- Durant les douze derniers mois, 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 ?
- Durant les douze derniers mois, avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?
- A ce jour, 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 ?
- A ce jour, votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?
- A ce jour, pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

Je déclare répondre NON à chaque question et je serai éventuellement dispensé de la présentation d'un nouveau certificat médical pour renouveler ma licence.

Je déclare répondre OUI à au moins l'une des questions et je devrais présenter un nouveau certificat médical de moins de 6 MOIS pour renouveler ma licence.



## ATTESTATION

Pour les renouvellements de licence des majeurs (certificat valable 3 ans) ou pour les mineurs

(à renseigner, à signer et à remettre obligatoirement avec le bulletin d'adhésion sauf si fait sur le site de la FFA)

Nom et Prénom : .....

Nom et Prénom du parent si licencié mineur : .....

Par la présente, j'atteste sur l'honneur avoir reçu le questionnaire de santé, avoir pris connaissance des préconisations ci-dessus et avoir renseigné le questionnaire de santé remis par le club.

Et, j'atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées par mes soins relèvent de ma responsabilité exclusive.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Pour dire et valoir ce que de droit,

Signature obligatoire :