



QUESTIONNAIRE DE SANTE DES MAJEURS : PRIMO LICENCE PRATIQUANT/ RENOUELEMENT DE LICENCE PRATIQUANT A PARTIR DE 40 ANS

QUESTIONNAIRE A CONSERVER PAR LA PERSONNE QUI DEMANDE UNE LICENCE

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive. Pour rappel, un certificat médical doit obligatoirement être transmis pour chaque nouveau licencié majeur, puis à partir de 40 ans doit être renouvelé tous les 3 ans.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON		
Durant les 12 derniers mois	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
A ce jour	OUI	NON
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"/>
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence en complétant le modèle d'attestation ci-annexé.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

MODELE D'AUTORISATION DE SOINS SUR MINEUR

CAVALIER MINEUR		
Nom	Prénom	
Date de naissance / /	E-mail@.....	
N° licence FFE / / / / /	Club	
Adresse		
Code postal Ville		
Tél	Mob. / / / /	Fixe / / / /
Nom du/des représentant(s) légal (aux) :		Tel n°1 : / / / /
.....		Tel n°2 : / / / /
.....		

Je soussigné(e)(s), titulaire(s) de l'autorité parentale,

- Mère :
- Père :
- Représentant légal :

- Reconnaît avoir rempli consciencieusement la fiche sanitaire de liaison concernant mon enfant, annexée à la présente autorisation de soins ;
- En cas de nécessité pour l'état de santé de mon enfant, autorise par avance le service de secours intervenant sur les lieux de l'activité à laquelle mon enfant mineur participe :
 - à prodiguer tous soins nécessaires en cas d'urgence sur mon enfant ;
 - à hospitaliser, et/ou à pratiquer tout acte chirurgical, médical et anesthésique sur mon enfant.

Je déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription à l'activité et/ou au(x) séjour(s).

A, le

*Signatures du / des titulaire(s) de l'autorité parentale
précédées de la mention manuscrite « Lu et approuvé »*