ASPTT ORLÉANS TENNIS
CLUB OMNISPORTS
cultivons vos envies

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

Préalable à la demande de renouvellement de la licence

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour demander votre nouvelle licence FFT (obligatoire)**.**
Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON

	DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :	*OUI*	*NON*
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) ?*	☐	☐
	À CE JOUR :	*OUI*	*NON*
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.) survenue 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 REPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS
ET QUE LE DERNIER CERTIFICAT MEDICAL FOURNI EST POSTERIEUR AU 01/07/2017 :

Pas de certificat médical à fournir.
Vous conservez le questionnaire médical.
Mais vous devez remplir l'attestation ci-dessous et la remettre lors votre inscription avec le bulletin d'adhésion.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

Certificat médical à fournir.
Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

.....

ATTESTATION A REMETTRE LORS DE VOTRE INSCRIPTION

NOM et prénom de l'adhérent : .....

Date du certificat médical : .....

Si adhérent mineur, NOM et prénom du représentant légal : .....

L'adhérent ou son représentant légal certifie avoir répondu par la négative à toutes les questions du questionnaire santé « QS-SPORT » (cerfa 15699-01)

Date : Signature :