

## Questionnaire de Santé « QS-SPORT »

### Préalable à la demande de licence (Changement de club ou renouvellement)

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Française de Volley-Ball

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 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 débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A CE JOUR :		OUI	NON
7	Ressentez-vous une douleur, un manque ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenue 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"/>

**NB** : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié

**SI VOUS AVEZ REPONDU TOUTES LES QUESTIONS ET QUE VOUS AVIEZ FOURNI UN CERTIFICAT EN SAISON 2016/2017**

**Pas de certificat médical à fournir**

**SI VOUS AVEZ REPONDU OUI A UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS**

**Certificat médical à fournir.**

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Je soussigné ..... atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques de ce questionnaire de santé.

A ..... le .....

Signature du pratiquant ou de son représentant légal