

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS – SPORT »**  
(Annexe II-22– Art. A. 231-1 du Code du sport)

<b>RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.</b>		
<b>DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
1) <i>Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?</i>		
2) <i>Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?</i>		
3) <i>Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?</i>		
4) <i>Avez-vous eu une perte de connaissance ?</i>		
5) <i>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 ?</i>		
6) <i>Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?</i>		
<b>A ce jour :</b>		
7) <i>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 ?</i>		
8) <i>Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?</i>		
9) <i>Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?</i>		
<b>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</b>		

**ATTESTATION DE RÉPONSE NÉGATIVE À TOUTES LES QUESTIONS  
DU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS – SPORT »**

(à remplir par le licencié demandant le renouvellement de sa licence)

**Je soussigné(e) :** \_\_\_\_\_ **[Nom – Prénom]**

**N° de Licence :** \_\_\_\_\_

**Nom du Club :** \_\_\_\_\_

**Demeurant :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **[Adresse complète]**

**Atteste sur l'honneur :**

- **Avoir fourni à un club affilié FFN un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport ou de la ou les disciplines fédérales envisagées, en compétition, il y a moins de trois ans,**
- **Ne pas avoir eu d'interruption de licence depuis la fourniture de ce certificat,**
- **Avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé « QS – SPORT » dont le contenu est précisé à l'Annexe II-22 (Art. A. 231-1) du Code du sport.**

**Fait pour servir et valoir ce que de droit.**

**Fait à** \_\_\_\_\_ **[Ville]** le \_\_\_\_\_ **[date]**

**Signature manuscrite**