Feuillet à conserver par le randonneur

Renouvellement de licence de la FFRandonnée

Questionnaire de santé « QS-SPORT »
Ce questionnaire de santé permet d'évaluer la nécessité
d'une consultation médicale pour poursuivre votre activité
Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON *	**Oui**	**Non**
Durant les 12 derniers mois		
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) Etes-vous enceinte ? Fumez-vous régulièrement (tabac, cannabis, autres drogues) ? Consommez-vous régulièrement de l'alcool ? Souffrez-vous d'une maladie chronique ?	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
A ce jour		
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.)	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :
Nous vous conseillons de consulter votre médecin en lui présentant ce questionnaire rempli pour avoir son avis sur la poursuite de votre pratique.

Feuillet à découper et à joindre à votre inscription

Attestation pour les pratiquants majeurs

Je soussigné(e) Mme/M …….
Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir

☐ Répondu NON à toutes les questions. Je fournis cette attestation à mon club lors du renouvellement de licence.

☐ Répondu OUI à une ou plusieurs question(s). Je fournis un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive lors de mon renouvellement de licence.

Date et signature

Attestation pour les pratiquants mineurs

Je soussigné(e) Mme/M ----------
-
En ma qualité de représentant légal de ----------

Atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé et qu'il/elle a

☐ Répondu NON à toutes les questions. Je fournis cette attestation à mon club lors de son renouvellement de licence

☐ Répondu OUI à une ou plusieurs question(s). Je fournis un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive lors de son renouvellement de licence.

Date et Signature du représentant légal