* **QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LE RENOUVELLEMENT D’UNE LICENCE FSCF POUR L'ANNÉE 2025/2026**

| Questionnaire SANTE-SPORT rempli le |
| --- |
| Nom, Prénom : |
| Date de naissance : |

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire, par oui ou par non.

Durant les douze derniers mois,

| 1 - Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une cause cardiaque ou  inexpliquée? |  oui |  non |
| --- | --- | --- |
| 2- Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement  inhabituel ou un malaise? |  oui |  non |
| 3 - Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)? |  oui |  non |
| 4 - Avez-vous eu une perte de connaissance? |  oui |  non |
| 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? |  oui |  non |
| 6 - Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et  désensibilisation aux allergies) ? |  oui |  non |

À 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.)  survenu durant les 12 derniers mois? |  oui |  non |
| --- | --- | --- |
| 8 - Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé? |  oui |  non |
| 9 - Pensez-vous avoir besoin d’un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive? |  oui |  non |

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

* Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d’obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.
* Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n’avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l’attestation et fournissez-la sans le questionnaire (que vous conserverez)

—---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ATTESTATION DE SANTÉ POUR LE RENOUVELLEMENT D’UNE LICENCE FSCF**

**POUR L’ANNEE 2025/2026 – gym majeur(e)**

| Je, soussigné, |
| --- |
| Date de naissance : / / |

Date du dernier certificat médical d’absence de contre-indication à la pratique d’une activité physique ou sportive :

Atteste sur l’honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé.

| À | , le | Signature du pratiquant |
| --- | --- | --- |