



QUESTIONNAIRE DE SANTE

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non (sans ratures ni annotations). Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié. Si vous répondez **OUI** à l'une des questions, vous devez fournir un certificat médical.

Durant les douze derniers mois :	OUI	NON
1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ?		
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) ?		
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.) survenu 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 ?		

Attestation de réponse négative à toutes les questions du questionnaire de santé

Je soussigné(e)..... [Nom- Prénom]

N° de Licence :

Nom du club :

Demeurant :

.....[Adresse complète]

Atteste sur l'honneur :

- Avoir fourni à un club affilié FFTRI un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport ou de la ou le 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 cité ci-dessus.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à [Ville]

le[date]

Signature manuscrite