



ATTESTATION DE SANTÉ

Répondez aux questions suivantes par OUI ou pas 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) 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) ? | ☐ | ☐ |
| 7) Pour les stages un goûter est fourni, votre enfant présente-t-il une ou des allergies alimentaires ? Si oui merci de préciser : | ☐ | ☐ |

A ce jour

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 8) 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 dans les 12 derniers mois ? | ☐ | ☐ |
| 9) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | ☐ | ☐ |
| 10) Pensez vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | ☐ | ☐ |

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

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire.

Je soussigné(e) _____ atteste avoir renseigné le questionnaire ci dessus et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Pour les mineurs :

« Je soussigné(e) _____, en ma qualité de représentant légal de _____, certifie qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé ci-dessus et qu'il/elle a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Fait à :

Le :

Signature :