

### Questionnaire de santé

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non

Durant les douze derniers mois :	OUI	NON
① Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexplicquée ?		
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) ?		
<b>A ce jour :</b>		
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 ?		

**Attention :**

- Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié ou de son représentant légal s'il est mineur.
- Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions :  
⇒ Attestation ci-après à fournir à votre club, pour les saisons concernées – Pas de certificat médical.
- Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :  
⇒ Le certificat médical est obligatoire pour l'obtention d'une licence.

<b>Attestation</b> (Pour les mineurs)	
Je soussigné :	
Nom : .....	Prénom : .....
Représentant légal de l'enfant : .....	
Licence N° .....	Club : .....
Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à sa demande de licence à la FFG pour la saison ...../...../.....	
Atteste avoir répondu NON à toutes les questions.	
Fait à ..... le ...../...../.....	<u>Signature</u>

<b>Attestation</b> (Pour les majeurs)	
Je soussigné :	
Nom : .....	Prénom : .....
Licence N° .....	Club : .....
Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à ma demande de licence à la FFG pour la saison ...../...../.....	
Atteste avoir répondu NON à toutes les questions.	
Fait à ..... le ...../...../.....	<u>Signature</u>