QUESTIONNAIRE DE SANTÉ 2018
RENOUVELLEMENT DE LICENCE

Ce questionnaire de santé s'adresse aux pratiquants renouvelant leur licence Fédération Française de Voile ou de la F®d®ration Fran- aise d'Aviron et ayant déjà présenté l'an dernier un certificat médical.
Il permet de savoir si vous devez fournir un nouveau certificat médical.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON *Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité*	**OUI**	**NON**
Durant les 12 derniers mois :		
1. Un membre de votre famille est-il d®c®d® subitement d'une cause cardiaque ou inexpliqu®e ?	☐	☐
2. Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise?	☐	☐
3. Avez-vous eu un ®pisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4. Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
5. Si vous avez arr°t® le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de sant®, avez-vous repris sans l'accord d'un m®decin ?	☐	☐
6. Avez-vous d®but® un traitement m®dical de longue dur®e (hors contraception et d®sensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
A ce jour :		
7. Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite ¨ un probl¯me osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, d®chirure, tendinite, etc…) survenu durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
8. Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de sant®?	☐	☐
9. Pensez-vous avoir besoin d'un avis m®dical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐

<u>Si vous avez répondu NON à toutes les questions :</u>
Il est constat® que vous n'avez pas de contre-indication ¨ la pratique de la voile. Vous n'avez donc pas besoin de pr®senter un nouveau certificat m®dical et pouvez simplement remplir l'attestation d®di®e (voir ci-dessous) en ligne dans votre Espace Licenci® (sauf pour le licenci® mineur) ou dans votre club.

<u>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :</u>
Vous devez consulter un m®decin et lui pr®senter le questionnaire de sant®.
La pratique de la voile sera subordonn®e ¨ la pr®sentation d'un certificat m®dical.

ATTESTATION - QUESTIONNAIRE DE SANTE

<u>Je soussigné(e)</u>

Nom : Pr®nom :

Num®ro de Licence :

D®clare avoir fourni un certificat m®dical en 2017 et atteste avoir r®pondu NON ¨ toutes les questions du questionnaire de sant®. Je reconnais que ô travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilit® et qu'en aucun cas celle de la FFVoile de la FFSA ou de mon club ne pourra °tre recherch®e.

Date et signature du titulaire ou du repr®sentant l®gal si le licenci® est mineur