

Questionnaire de santé « QS – SPORT » (réf cerfa n°15699*01)

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON

OUI NON

Durant les douze derniers mois

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord du médecin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à Fournir. Consultez un médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir si le dernier remis au GAVT date de moins de 3 ans, conformément au décret n°2016-1387 du 12 octobre 2016. Complétez l'attestation ci-dessous :



ATTESTATION D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU FOOTBALL VETERAN

Je soussigné, (nom et prénom)

Joueur du club de

Date du dernier certificat médical

Atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé ci dessus.

Les réponses formulées relèvent de ma seule responsabilité.

Cette attestation est valable 1 an, sous réserve de modification notoire de mon état de santé.

Attestation établie le / /

Signature du joueur

Groupement Amical des Vétérans de Touraine
Siège Social : 1 rue Georges Clémenceau 37000 TOURS
Tél. : 02 47 05 00 06 – mail : footgavt37@gmail.com