Un **QUESTIONNAIRE DE SANTE** par activité Sportive / Loisirs / Danse Saison .....

Activité : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/_____ Sexe : F ou M (h)

Adresse : _____

C.P. : _____ Ville : _____

Tél. portable : _____

Courriel : *(écrire en script et lisible)*

_____

Un certificat médical est joint avec ce questionnaire santé : OUI / NON

Date validité (- 1 an)

____/_____

J'adhère à la fédération sportive : _____

Je pratique cette activité **en loisirs** ou **en compétition** *(entourez la réponse)*

Je me réfère sur cette fédération pour les conditions sportives, du licenciement et assurance, j'adhère à son fonctionnement et j'accepte de les prendre.

J'atteste qu'en cas de défaillance de santé, cela reste de ma responsabilité. Le clap et l'animateur ne seront pas pour suivi pour négligence. Aucun remboursement possible.

Cochez les cases avant…
Signature de l'adhérent ou de son tuteur
Date :

Signature de l'animateur
Date :

Renseignement CLAP

Le CLAP n'a pas le certificat médical : OUI / NON

Date de validité : ____/_____.

Info sur le certificat : _____

Questionnaire incomplet : OUI / NON

Après validation, fichier « clap » renseigné : ok !

Obligation de fournir un certificat médical *(si un « oui »)* : OUI / NON

Si oui, motif :

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa N°15699*01

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

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 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) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.*		

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 renseigné.

CLAP Centre Loisirs et Animation de Patay BP4 45310 PATAY
Bureau du Clap: 02.38.75.78.24; Secrétariat : 06 60 96 91 98 Courriel : c.l.a.p@orange.fr / Site Internet: www.clap-patay-45.com