



# DEMANDE DE LICENCE ALS BESSE

## SAISON 2017/2018

### QUESTIONNAIRE DE SANTE

(à rendre avec la demande de licence + cotisation)



#### QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT »

#### PRÉALABLE À LA DEMANDE DE LICENCE (Changement de club ou renouvellement)

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Française de Football selon les règles énoncées à l'article 70 des Règlements Généraux de la F.F.F.

Répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**.

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :	OUI	NON
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 d'un 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"/>
<b>À CE JOUR :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</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.) survenue 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"/>

**NB :** les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

#### SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS ET QUE VOUS AVEZ FOURNI UN CERTIFICAT MÉDICAL EN 16/17 :

##### **Pas de certificat médical à fournir.**

Simplement atteste, selon les modalités prévues par la F.F.F., sur votre demande de licence (en ligne ou papier), avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.

#### SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

##### **Certificat médical à fournir.**

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

- En remplissant ma demande de licence et mon questionnaire de santé, je m'engage à respecter le règlement interne du club affiché au stade du bas et disponible sur le site internet du club ou sur demande auprès de mon responsable.
- Personne(s) à contacter en cas de problème le jour d'entraînement ou de match :

<b>Nom et Prénom du joueur et/ou dirigeant :</b> _____	
<b>Mail :</b> _____	
<b>Personne à contacter en cas d'urgence (le plus lisible possible svp) :</b>	
<b>Nom et Prénom :</b> _____	
<b>Téléphone Fixe :</b> ____ - ____ - ____ - ____ - ____	<b>Portable :</b> ____ - ____ - ____ - ____ - ____
<b>Nom et Prénom :</b> _____	
<b>Téléphone Fixe :</b> ____ - ____ - ____ - ____ - ____	<b>Portable :</b> ____ - ____ - ____ - ____ - ____

- Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Signature joueur (Majeur)  
ou du représentant légal (Mineur) :