

N° licence : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

NOM : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| | Prénom : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Sexe : Homme Femme

Date de naissance : |_| |_| / |_| |_| / |_| |_| |_| |_| jj/mm/aaaa

Depuis l'année dernière

- Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? Oui Non
- As-tu été opéré (e) ? Oui Non
- As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? Oui Non
- As-tu beaucoup maigri ou grossi ? Oui Non
- As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? Oui Non
- As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ? Oui Non
- As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? Oui Non
- As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? Oui Non
- As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? Oui Non
- As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? Oui Non
- As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? Oui Non

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)

- Te sens-tu très fatigué (e) ? Oui Non
- As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? Oui Non
- Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? Oui Non
- Te sens-tu triste ou inquiet ? Oui Non
- Pleures-tu plus souvent ? Oui Non
- Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? Oui Non

Aujourd'hui

- Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? Oui Non
- Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? Oui Non
- Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? Oui Non

Questions à faire remplir par tes parents

- Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ? Oui Non
- Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? Oui Non
- Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? Oui Non
(Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)

NB: Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du responsable légal du licencié.

Cochez une seule des 2 cases

Je déclare répondre NON à chaque question et je serai éventuellement dispensé de la présentation d'un certificat médical.

Je déclare répondre OUI à au moins l'une des questions et je devrai présenter un nouveau certificat médical

➤ Si vous avez répondu NON à toutes les questions : « Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, 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, ou si vous refusez de répondre: « Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné. »

Date : / /

Signature du Licencié :

Signature des parents ou du représentant légal pour le licencié mineur