



Section GYMNASTIQUE

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ Majeurs

Qui est concerné ?

Le licencié majeur qui demande à la FSCF / FFG le renouvellement de sa licence

Quand l'utiliser ?

Le questionnaire est à utiliser pendant les deux saisons qui suivent celle pour laquelle un certificat médical a été délivré.

Exemple :	Saison 2020/2021	Certificat médical
	Saison 2021/2022	Questionnaire de santé + Attestation
	Saison 2022/2023	Questionnaire de santé + Attestation
	Saison 2023/2024	Certificat médical

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non

Durant les douze derniers mois	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexplicable ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A ce jour	OUI	NON
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 douze derniers mois ?		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

Attention :

- Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié
- Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions :



Attestation ci-après à fournir à votre club, pour la saison concernée – Pas de certificat médical

- Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :



Le certificat médical est obligatoire pour l'obtention d'une licence



LA CHAMPIGNEULLAISE

Saison ...2023-2024...

Section GYMNASTIQUE

ATTESTATION (Pour les majeurs)

Je soussigné (e) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à ma demande de licence à la FFG / FSCF pour la saison/

Atteste avoir répondu NON à toutes les questions.

Fait àle

Signature