

Attestation médicale Saison 2026/2027

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 ?	☐	☐
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

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.

Pour un adulte :

Je soussigné(e) Mme / M. Nom/Prénom :
né(e) le,

☐ reconnais avoir lu et compris les 9 rubriques du questionnaire de santé ci-après, renseigné ce questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N° 15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des 9 rubriques.

A : le : Signature de l'adhérent(e),

OU

Pour un mineur :

Je soussigné(e) Mme / M. Nom/Prénom :
né(e) le,

En ma qualité de représentant légal de l'enfant
né(e) le,

☐ reconnais avoir lu et compris les 9 rubriques du questionnaire de santé ci-après, renseigné ce questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N° 15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des 9 rubriques.

A : le : Signature du représentant légal

Contact :

Pascal PETIT, Président de l'ASDEC
Tél : 06.31.68.13.92
E-mail : contact@asdec-soissons.fr

<https://asdec-soissons.fr>

