



**Renouvellement d'une adhésion à une pratique sportive auprès  
Du Club omnisports des JEUNESSES SPORTIVES DE COULAINNES**

**Questionnaire de santé « QS – SPORT »**

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical	pour renouveler votre inscription. Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*
<b>Durant les 12 derniers mois</b>	
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
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"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>A ce jour</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...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié/sportif.</i>	
<b>Si vous avez répondu NON à toutes les questions :</b>	
Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération et le club des JS Coulainnes, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.	
<b>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :</b>	
Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.	

**Ce questionnaire de santé est confidentiel**

**Vous devez uniquement transmettre à votre club l'attestation jointe, selon laquelle vous avez répondu par la négative à l'ensemble des questions, mais pas le questionnaire même**



Renouvellement d'une adhésion à une pratique sportive auprès  
Du Club omnisports des JEUNESSES SPORTIVES DE COULAINES

**ATTESTATION DE SANTÉ**

**Pour le renouvellement d'une licence sportive ou activité sportive**

Dans le cadre de la demande de renouvellement de ma licence ou activité sportive auprès des Jeunes Sportives de Coulaines club Omnisports, je soussigné (e) .....atteste avoir rempli le questionnaire de santé fixé par arrêté du Ministre chargé des sports, daté du 20 avril 2017 et publié au Journal Officiel du 4 mai 2017


Dans le respect du secret médical, je conserve strictement personnel ledit questionnaire et m'engage à remettre la présente attestation au club au sein duquel je sollicite le renouvellement de ma licence ou mon activité sportive.

Conformément aux dispositions de l'article D. 231-1-4 du Code du sport,

J'ai répondu **NON** à la totalité des rubriques du questionnaire.

 **Dans ce cas, je transmets la présente attestation du club au sein duquel je sollicite le renouvellement de ma licence ou de mon activité sportive.**

J'ai répondu **OUI** à l'une ou plusieurs rubriques du questionnaire.

 **Dans ce cas, je suis informé (e) que je dois produire à mon club un nouveau certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique de (sport pratiqué) ..... ou de sport en général.**

Nom et Prénom .....

Date : .....

Fait à : .....

Signature :

Dans le cas où le/la licencié (e) où le /la pratiquant (e) est mineur (e) :

Nom et prénom du représentant légal : .....

Date : .....

Fait à : .....

Signature :