

## Qestionnaire de Santé - FFN Majeurs

## Validé par le Cercle de Compétences Médical de la FFN

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 ?		
* NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié		

La FFN met tout en œuvre pour rédiger des documents conformes au droit en vigueur. Ils ne constituent pas à eux seuls un avis professionnel ou juridique. L'utilisation de ces documents ne saurait engager la responsabilité de la FFN.

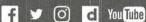
> 104 rue Martre - CS 70052- 92583 CLICHY Cedex Tél. 01 41 83 87 70 - Fax. 01 41 83 87 69 \* E-mail : ffn@ffnatation.fr



绘edf

PARTENAIRE PRINCIPAL











## ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A TOUTES LES QUESTIONS DU QS - FFN MAJEURS

(à remplir par le licencié demandant le renouvellement de sa licence ou son représentant légal s'il s'agit d'un majeur protégé)
Je soussigné(e) :
N° de licence :
Nom du Club :
Demeurant :
[Adresse complète]
Atteste sur l'honneur :
<ul> <li>Avoir fourni à un club affilié FFN un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport ou de la ou les disciplines fédérales envisagées, en compétition.</li> </ul>
- Ne pas avoir eu d'interruption de licence depuis la fourniture de ce certificat.
<ul> <li>Avoir répondu NON à toutes les questions du QS - FFN Majeurs.</li> <li>dont le contenu a été validé par le Cercle de Compétences Médical de la FFN</li> </ul>
Fait pour servir et valoir ce que de droit.
Fait à [Ville] le [date]

Signature du licencié (ou de son responsable légal s'il s'agit d'un majeur protégé)