



## Renouvellement de licence Squash Pass – FFSquash

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

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence Squash Pass

**NOM :**

**Numéro de Licence :**

**Prénom :**

**Date de Naissance :**

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*                                                                                                                                                                     | OUI                      | NON                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Durant les 12 derniers mois</b>                                                                                                                                                                                       |                          |                          |
| 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) ?                                                                                                      |                          |                          |
| <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>                                                                                                                                     |                          |                          |
| <b>Si vous avez répondu NON à toutes les questions :</b>                                                                                                                                                                 |                          |                          |
| 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.                     |                          |                          |
| <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.                                                                                                                          |                          |                          |

**Signature :**