



## CERTIFICAT MEDICAL 2024-2025

DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

### CERTIFIE AVOIR EXAMINE

M \_\_\_\_\_ né(e) le [\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_\_]

Demeurant : \_\_\_\_\_

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de contre-indication médicale à la

\*pratique **du PILATES, du CROSS-TRAINING** (rayer la mention inutile)

\*pratique **du JUDO JUJITSU EN COMPETITION, des A.P.S., du MJA et de la SELF-DÉFENSE** (rayer la mention inutile)

Observations éventuelles : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin

# Attestation Questionnaire de santé QS-Sport Cerfa

## A remettre au club

Je soussigné M/Mme .....

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 **et avoir répondu PAR LA NEGATIVE à l'ensemble des rubriques.**

Date et signature du sportif.

### Pour les mineurs :

Je soussigné M/Mme ....., en ma qualité de représentant légal de .....

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et a répondu **PAR LA NEGATIVE** à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal.

### Questionnaire :



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                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>Durant les 12 derniers mois</b>   |                          |                          |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <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>   |                          |                          |

**Si vous avez répondu NON à l'ensemble des Questions, nous retourner cette attestation datée et signée et le certificat médical de moins de 3 ans**

**Si vous n'avez pas répondu NON à l'ensemble des Questions, vous devez faire établir un certificat médical auprès d'un médecin et nous fournir ce certificat.**