



Sauveteurs Béglais - Surfboat 33

Associations loi du 1er juillet 1901 n°2/23416 / Reconnue d'Utilité Publique
Affiliée à la FFSS / N° FFSS : 3011 / N° SIRET : 402 951 693 00041
N° MJS : 33S99025 / Siège Social : 16 rue Caillibaud – 33130 BEGLES



Questionnaire de santé à compléter par le licencié

Ce questionnaire est à compléter **si vous ne fournissez pas de certificat médical** cette année. Pour rappel :

- Si vous avez **plus de 35 ans**, le certificat médical doit être fourni **tous les 2 ans**,
- Si vous avez **moins de 35 ans**, le certificat médical doit être fourni **tous les 5 ans**,

NOM : **Prénom :** **Date :**

Répondez aux questions par OUI ou par NON <i>Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		OUI	NON
Durant les 12 derniers mois			
1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

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 (ci-dessous).

Signature du licencié
(et de ses parents s'il est mineur)

J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.