

Questionnaire de santé pour la pratique sportive en loisir ou le renouvellement d'une licence sportive en compétition (personnes majeures)

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

Questionnaire Santé - Sport rempli le :

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON, durant les douze derniers mois

Question	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐

À ce jour

Question	OUI	NON
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 ?	☐	☐
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐

NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

- Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.
- Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Complétez et signez l'attestation ci-dessous et fournissez-la sans le questionnaire (que vous conserverez).

✂ Partie à détacher

Attestation santé pour la prise d'une licence sportive en loisir ou le renouvellement d'une licence sportive compétition pour la saison 2026-2027

Nom, prénom du licencié :

Date de naissance :

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive :

Date :

Je, soussigné(e), atteste sur l'honneur avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé.

À : Le :

Nom, prénom et signature du pratiquant :