

# QUESTIONNAIRE SANTE et AUTORISATION PARENTALE



NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
SEXE : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

Répondez aux questions par OUI ou par NON.

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS:

OUI NON

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable?   | <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"/> |
| 5) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies)?  | <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"/> |
| 3) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Je refuse de répondre au questionnaire et je présenterai un nouveau certificat médical.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

«Si vous avez répondu NON à toutes les questions : «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.

«Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : «Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.»

Dans certaines situations particulières il n'est pas non plus possible d'utiliser l'ancien certificat médical et un nouveau certificat médical datant de moins de 6 mois devra être fourni:

- 1) Vous demandez une licence de type Athlé Compétition ou Athlé Running ou Athlé Entreprise et vous aviez la saison dernière une licence Athlé Santé. Il n'est pas possible d'utiliser l'ancien certificat médical car ces types de licences exigent un certificat particulier portant la mention « pratique de l'athlétisme en compétition ».
- 2) Un jeune athlète de la catégorie Baby-Athlé possédait une licence Athlé Découverte et va devenir Eveil Athlétique au 1er novembre. Il n'est pas possible d'utiliser l'ancien certificat car au 1er novembre. Le certificat devra porter la mention « pratique de l'athlétisme en compétition ».

Je soussigné(e) Monsieur/Madame ..... Père / Mère / Représentant légal ,  
autorise mon fils / ma fille ..... à participer à cette course.

Signature et signature du représentant Légal :