

## ATTESTATION POUR UN ADULTE INSCRIT AU CLUB



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



N°15699\*01

Je soussigné(e) M/Mme \_\_\_\_\_<sup>1</sup>

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

Date et signature

<sup>1</sup> préciser les prénom et nom

## ATTESTATION POUR UN MINEUR INSCRIT AU CLUB

Je soussigné(e) M/Mme \_\_\_\_\_<sup>1</sup>

en ma qualité de représentant légal de \_\_\_\_\_<sup>2</sup>

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

Date et signature

<sup>1</sup> préciser les prénom et nom  
<sup>2</sup> préciser les prénom et nom de l'enfant mineur

### 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 inexpliquée ?	<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"/>
<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"/>	<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"/>

\*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. Simpletment attestez, 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.

**POUR UTILISER CETTE ATTESTATION, VOUS DEVEZ AVOIR FOURNI AU CLUB UN CERTIFICAT MEDICAL DANS LES DES DEUX DERNIERES ANNEES  
CE DOCUMENT EST VALABLE UNE ANNEE. IL EST POSSIBLE DE LE RENOUVELER POUR UNE DEUXIEME ANNEE ( DEUX ANNEES DE SUITE AU MAXIMUM).**

**UN CERTIFICAT MEDICAL EST OBLIGATOIRE LA TROISIEME ANNEE.**

# Certificat médical

dans le cadre des articles 193, 194 et 195 des Règlements Sportifs de la FFT pris en application des articles L. 231-2 à L. 231-2-2 du Code du Sport

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour M / Mme / Mlle : \_\_\_\_\_

Né (e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique

du tennis / para-tennis / beach tennis / padel / courte paume<sup>1</sup> et des sports suivants<sup>2</sup>,

\_\_\_\_\_

y compris en compétition<sup>3</sup>

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

Signature du médecin

Cachet du Médecin

<sup>1</sup> Le cas échéant, rayer la ou les mention(s) inutile(s)

<sup>2</sup> Le cas échéant, compléter la liste des sports ne faisant pas l'objet d'une contre-indication

<sup>3</sup> Cocher la case pour la pratique en compétition