

### Si vous étiez licencié en 2016-2017 au STADE AUXERROIS section Athlétisme :

- 1- vous avez dû recevoir par mail un lien pour remplir votre questionnaire de santé, en provenance de la FFA (expéditeur e-licence), vous devez le renseigner
- 2- vous n'avez pas reçu ce mail de la FFA → Vous devez remplir LE QUESTIONNAIRE ci-dessous

#### Dans les deux cas :

Si vous avez rempli la fiche médicale avec que des NON, vous cochez le 2<sup>e</sup> choix dans le bloc « Certificat Médical » de la demande d'adhésion 2017-2018

Si vous l'avez remplie avec au moins un OUI, vous devez présenter un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique du sport en compétition

#### QUESTIONNAIRE DE SANTE – FICHE MEDICALE

Un membre de ma famille est décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée	OUI	NON
J'ai ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise	OUI	NON
Je n'ai jamais eu un épisode de respiration sifflante	OUI	NON
Je n'ai jamais eu de perte de connaissance	OUI	NON
J'ai arrêté le sport pendant 30 jours pour raisons de santé et j'ai repris sans l'accord d'un médecin	OUI	NON
J'ai débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies)	OUI	NON
A ce jour, je ressens une douleur, un manque de force ou de raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite etc.) survenu durant les 12 derniers mois	OUI	NON
A ce jour, ma pratique sportive est interrompue pour des raisons de santé	OUI	NON
A ce jour, Je pense avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre ma pratique sportive	OUI	NON

Les réponses ci-dessus ne relèvent que de la seule responsabilité du licencié ou de ses parents

Je soussigné(e), ....., atteste sur l'honneur la véracité des réponses ci-dessus

Fait à ..... Le .....

Signature du demandeur ou de son représentant légal si le licencié est mineur :

#### CERTIFICAT MEDICAL (exemple)

Je soussigné (e), Docteur .....

Certifie que l'examen clinique ce jour de ..... né (e) le .....

Demeurant .....

Confirme l'absence de contre-indication à la pratique du SPORT EN COMPETITION.

Date : .....

Signature et cachet du médecin :