

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ RENOUVELLEMENT DE LICENCE MAJEUR

Vu le Code du Sport Art. 231-1
Vu le Règlement médical de la FFPJP
Vu le Règlement Administratif et Sportif de la FFPJP

| Durant les 12 derniers mois | Oui | Non |
|--|------------|------------|
| Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? | | |
| 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) ? | | |

| A ce jour | | |
|---|--|--|
| 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 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.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

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