

**Renouvellement de licence Squash Pass – FFSquash**

**Questionnaire de santé « QS – SPORT »**

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence Squash Pass

**NOM :**

**Numéro de Licence :**

**Prénom :**

**Date de Naissance :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON\*** | **OUI** | **NON** |
| **Durant les 12 derniers mois** |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une cause cardiaque ou inexpliquée ? | □ | □ |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | □ | □ |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | □ | □ |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? | □ | □ |
| 5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous reprissans l’accord d’un médecin ? | □ | □ |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | □ | □ |
| **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 ? | □ | □ |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?  | □ | □ |
| 9) 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 réponduNON 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. |

**Signature :**