

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS - SPORT »**  
(Annexe II-22- Art. A. 231-1 du Code du sport)

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.	OUI	NON
<b>DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :</b>		
1) <i>Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?</i>		
2) <i>Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?</i>		
3) <i>Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?</i>		
4) <i>Avez-vous eu une perte de connaissance ?</i>		
5) <i>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 ?</i>		
6) <i>Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?</i>		
<b>A ce jour :</b>		
7) <i>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 ?</i>		
8) <i>Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?</i>		
9) <i>Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?</i>		
<b>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</b>		

**ATTESTATION DE RÉPONSE NÉGATIVE À TOUTES LES QUESTIONS  
DU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS – SPORT »**

(à remplir par le licencié demandant le renouvellement de sa licence)

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_ [Nom – Prénom]

N° de Licence :

Nom du Club :

Demeurant : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ [Adresse complète]

Atteste sur l'honneur :

- Avoir fourni à un club affilié FFN un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport ou de la ou les disciplines fédérales envisagées, en compétition, il y a moins de trois ans,
- Ne pas avoir eu d'interruption de licence depuis la fourniture de ce certificat,
- Avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé « QS – SPORT » dont le contenu est précisé à l'Annexe II-22 (Art. A. 231-1) du Code du sport.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à \_\_\_\_\_ [Ville] le \_\_\_\_\_ [date]

Signature manuscrite

14 rue Scandicci – 93508 PANTIN Cedex  
Tél. 01 41 83 87 70 – Fax. 01 41 83 87 69  
E-mail : ffn@ffnatation.fr

[www.ffnatation.fr](http://www.ffnatation.fr)

La FFN met tout en œuvre pour rédiger des documents conformes au droit en vigueur. Ils ne constituent pas à eux seuls un avis professionnel ou juridique. L'utilisation de ces documents ne saurait engager la responsabilité de la FFN.

Cas N°1

# Mémo récapitulatif

Je sollicite la délivrance d'une première licence FFN  
OU  
Je sollicite le renouvellement de ma licence après une interruption de licence



Je dois fournir un certificat médical datant de moins d'un an

Cas N°2

Je sollicite le renouvellement de ma licence FFN d'une année sur l'autre

J'ai fourni un certificat médical il y a maintenant trois ans



Je dois fournir un nouveau certificat médical

J'ai fourni un certificat médical il y a moins de trois ans

J'ai répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire de santé



Je dois simplement remplir une attestation de réponse négative au questionnaire

J'ai répondu **OUI** à l'une des questions du questionnaire de santé



Je dois fournir un certificat médical