Fiche d'inscription

Section SKI—FORME

Saison 2022-23

Nom d'usage :	***Nom de naissance :***	***Prénom :***
Licence Carte neige loisir RC (sans assurance)	***80 €***	
Licence Carte neige loisir Option MEDIUM (assurance)	***98 €***	

Adresse :			
Téléphone :		Mobile :	
	Adresse mail :	@	

SPORTIF(VE) MAJEUR(E)

A COMPLETER PAR LE LICENCIÉ(E) LOISIR

Je soussigné(e) M/Mme .....

Atteste sur l'honneur avoir renseigné et répondu par la négative, à l'ensemble des rubriques du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif majeur.

Questionnaire de santé majeur (Joint avec ce formulaire)

****

Fait à .....

Le .....

Fédération Française de Ski

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa
N°15699*01

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

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 repris sans 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 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.

Nom d'usage :	***Nom de naissance :***	***Prénom :***
Adresse :		
Téléphone fixe :	***Téléphone mobile :***	
Adresse mail :	***@***	
Date du Certificat médical (avec autorisation de la pratique d'activités physiques adaptées) :		