

Affiliée FFRP sous le N°10238

INTYG AVSEENDE NÖDVÄNDIGHETEN ATT TILLHANDAHÅLLA LÄKARINTYG VID FÖRNYANDE AV  
LICENS HOS FFRP  
*(Attestation santé pour les pratiquants majeurs)*

Undertecknad, Madame/Monsieur (namn) \_\_\_\_\_

Intygat härmed att jag har tagit del av nedanstående frågeformulär avseende mitt hälsotillstånd och därvid *(Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir)*

Svarat NEJ på samtliga frågor i nedanstående frågeformulär avseende min hälsa och jag tillhandahåller detta intyg vid förnyande av min licens via Rivieraklubben.

*(Répondu NON à toutes les questions dans le document Questionnaire de santé ci-dessous; je fournis cette attestation à mon club lors de mon renouvellement de licence.)*

Svarat JA på en eller flera frågor i frågeformuläret och jag tillhandahåller därför ett läkarintyg om att mitt hälsotillstånd inte utgör hinder för sportutövande vid förnyande av min licens via Rivieraklubben.

*(Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; je fournis un le certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive lors de mon renouvellement de licence.)*

Datum och underskrift  
*(Date et signature)*

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

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

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

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</b>		
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

#### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, 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.