



**ASSOCIATION**  
**"ROLLER OLIVET"**

✉ Maison des Associations  
3 rue d'Ivoy, 45160 OLIVET

Mail : [contact@rollerolivet.info](mailto:contact@rollerolivet.info)

Site : <http://rollerolivet.info>

N° affiliation FFRS : 24.045.01204

N° agrément DRDJS : 45-12-011-S

## Rentrée 2019-2020

### INFORMATIONS SUR LE QUESTIONNAIRE DE SANTE ET LE CERTIFICAT MEDICAL

#### Nouvelle adhésion

Vous êtes nouvel adhérent de ROLLER OLIVET :

- Veuillez fournir **OBLIGATOIREMENT** un certificat médical de moins de 1 an.

#### Réinscription

Vous étiez déjà inscrit et vous vous réinscrivez, après avoir pris connaissance du questionnaire de santé ci-joint (page 2) :

**1<sup>er</sup> cas** : vous répondez « OUI » à **AU MOINS** une question :

- Veuillez fournir **OBLIGATOIREMENT** un nouveau certificat médical de moins d'un an

**2<sup>ème</sup> cas** : vous répondez « NON » à **TOUTES** les questions :

**1<sup>ère</sup> situation** : vous avez déjà fourni un **CERTIFICAT MEDICAL** qui a **moins de 3 ans** :

- Vous devez joindre à votre dossier d'inscription l'attestation (page 3) complétée, datée et signée.
- Vous ne devez pas fournir de nouveau certificat médical.
- **ATTENTION**, le questionnaire n'est pas à fournir, il reste confidentiel.

**2<sup>ème</sup> situation** : le certificat médical que vous avez fourni a **plus de 3ans** :

- Vous devez fournir **OBLIGATOIREMENT** un **nouveau certificat médical**.  
En effet, le décret n° 2016-1387 du 12 octobre 2016 a prévu le renouvellement du certificat d'aptitude tous les trois ans.



**ASSOCIATION  
"ROLLER OLIVET"**

✉ Maison des Associations  
3 rue d'Ivoy, 45160 OLIVET

Mail : [contact@rollerolivet.info](mailto:contact@rollerolivet.info)

Site : <http://rollerolivet.info>

N° affiliation FFRS : 24.045.01204

N° agrément DRDJS : 45-12-011-S



**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.

**IMPORTANT : CE DOCUMENT SERT UNIQUEMENT AU LICENCIÉ POUR LE RENOUELEMENT DE LA LICENCE  
POUR DES RAISONS DE CONFIDENTIALITÉ, NE PAS RETOURNER CETTE PAGE AU CLUB**

| 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. Compléter simplement l'attestation de la page 2.

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

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



**ASSOCIATION**  
**"ROLLER OLIVET"**

✉ Maison des Associations  
3 rue d'Ivoy, 45160 OLIVET

Mail : [contact@rollerolivet.info](mailto:contact@rollerolivet.info)

Site : <http://rollerolivet.info>

N° affiliation FFRS : 24.045.01204

N° agrément DRDJS : 45-12-011-S

## ATTESTATION QS SPORT

Merci de remplir les zones en

### Pour les majeurs :

Je soussigné(e), NOM :

PRÉNOM :

atteste avoir rempli le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature du licencié :

  

---

### Pour les mineurs :

Je soussigné(e), NOM :

PRÉNOM :

en ma qualité de  père  mère  représentant légal de l'enfant :

NOM :

PRÉNOM :

atteste avoir rempli le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions pour mon enfant.

Date :

Signature du représentant légal :

  

---