



ASSOCIATION
"ROLLER OLIVET"

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

Mail : 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 SANTÉ ET LE CERTIFICAT MÉDICAL

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^{er} cas : vous répondez « OUI » à **AU MOINS** une question :

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

2^{ème} cas : vous répondez « NON » à **TOUTES** les questions :

1^{ère} 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^{ème} 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
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
Durant les 12 derniers mois			
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"/>	
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 ?	<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"/>	
*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. 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
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 :