



**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

## Saison 2021-2022

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

#### Nouvelle adhésion

Vous êtes nouvel adhérent de ROLLER OLIVET :

➤ **18 ans et plus :**

- Vous devez OBLIGATOIREMENT fournir un certificat médical de moins de 6 mois.

➤ **Moins de 18 ans :**

- Prendre connaissance de la page 3 « *Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur* »

- Compléter l'attestation de la page 4 (cadre 2 uniquement), ou fournir un certificat médical si nécessaire.

#### Réinscription

Vous étiez déjà inscrit en 2020-2021 et vous vous réinscrivez :

➤ **18 ans et plus, et votre certificat date de plus de 3 ans :**

- Vous devez OBLIGATOIREMENT fournir un certificat médical de moins de 6 mois.

➤ **18 ans et plus, et votre certificat médical date de moins de 3 ans :**

- Prendre connaissance de la page 2 « *Questionnaire de santé QS\_Sport* »

- Compléter l'attestation de la page 4 (cadre 1 uniquement), ou fournir un certificat médical si nécessaire.

➤ **Moins de 18 ans :**

- Prendre connaissance de la page 3 « *Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur* »

- Compléter l'attestation de la page 4 (cadre 2 uniquement), ou fournir un certificat médical si nécessaire.



**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"/>

**\*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 as de certificat médical à fournir.

**Compléter simplement l'attestation de la page 4 (cadre 1 uniquement)**

**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

### QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES (ANNEXE II-23, Art. A. 231-3 du code du sport)

#### Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale

Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

**Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ?**

**Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.**

Tu es : <input type="checkbox"/> une fille <input type="checkbox"/> un garçon	Ton âge : _____ ans	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aujourd'hui</b>		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si tu as répondu NON à toutes les questions, aucun certificat médical n'est nécessaire (hors surclassement)**

Compléter simplement l'attestation de la page 4 (cadre 2 uniquement).

**Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient.**

Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.



**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

---

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ QS-SPORT ATTESTATION

( CADRE 1 )

Je soussigné, Monsieur/Madame [*Prénom NOM*] .....  
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la  
négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR ATTESTATION PARENTALE

( cadre 2 )

Je soussigné, Monsieur/Madame [*Prénom NOM*] .....  
en ma qualité de représentant légal de [*Prénom NOM*] .....  
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé du sportif mineur et a répondu par la négative à  
l'ensemble des questions.

Date et signature du représentant légal