



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

Saison 2020-2021

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 en 2019-2020 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, au plus tard le 30 septembre.

2^{ème} cas : vous êtes en mesure de répondre « 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 êtes dispensé de 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 3.

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 MÉDICALE

Merci de remplir les zones en .

Pour les majeurs :

Je soussigné(e), NOM :

PRÉNOM :

atteste avoir pris connaissance du questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et répondre par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature du licencié :

Pour les mineurs :

Je soussigné(e), NOM DU RESPONSABLE :

PRÉNOM DU RESPONSABLE :

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

NOM DE L'ENFANT :

PRÉNOM DE L'ENFANT :

atteste avoir pris connaissance du questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et répondre par la négative à l'ensemble des questions pour mon enfant.

Date :

Signature du représentant légal :