



QUESTIONNAIRE DE SANTE

Ce questionnaire permet de savoir si un certificat médical est requis pour la pratique d'un sport sous l'égide de la FDSI. À remplir par le licencié ou son représentant légal s'il est mineur.

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS:

1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?
 OUI NON
2. Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?
 OUI NON
3. Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?
 OUI NON
4. Avez-vous perdu connaissance, même quelques instants ?
 OUI NON
5. Avez-vous repris le sport après un arrêt \geq 30 jours sans avis médical ?
 OUI NON
6. Suivez-vous actuellement un traitement médical de longue durée (hors contraception ou allergies) ?
 OUI NON

A CE JOUR:

7. Ressentez-vous une douleur ou une raideur persistante liée à une blessure osseuse, articulaire ou musculaire ?
 OUI NON
8. Avez-vous interrompu votre activité sportive pour raison de santé ?
 OUI NON
9. Estimez-vous nécessaire de consulter un professionnel de santé avant de reprendre ou continuer le sport ?
 OUI NON

CONCLUSION

- Si toutes les réponses sont NON : Aucun certificat médical requis.

→ Une simple attestation suffit, selon les modalités de la FDSI.

- Si une ou plusieurs réponses sont OUI : Certificat médical obligatoire.

→ Présentez ce questionnaire rempli à votre médecin.

Les réponses relèvent de la seule responsabilité du licencié. Document confidentiel.



Fédération Dynamique Sportive Iséroise

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), _____, né(e) le ___ / ___ / ____ à _____, demeurant à _____,

atteste sur l'honneur avoir répondu NON à l'ensemble des questions du questionnaire de santé fourni par la Fédération Dynamique Sportive Iséroise (FDSI) dans le cadre de ma demande de licence pour la saison ____ / ____.

Je m'engage à informer immédiatement la fédération de toute modification de mon état de santé qui surviendrait en cours de saison.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à : _____

Le : ___ / ___ / 2025

Signature du/de la licencié(e) (ou représentant légal si mineur) :