

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.

Numéro de licence :

Durant les 12 derniers mois		OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle ou a été interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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. 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.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

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

ATTESTATION

Je soussigné(e) M / Mme (1) :

En ma qualité de représentant légal de (2) :

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé " QS Sport " ci-dessus, et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

A : _____ le: _____ Signature (du membre ou de son représentant légal)

(1) Préciser Nom et Prénom, rayer la mention inutile.

(2) Préciser le Nom et Prénom de l'enfant mineur, à rayer si mention inutile.

ATTESTATION « COVID 19 » Saison 2021 / 22

Je soussigné(e) (Nom / Prénom)

Membre majeur* ou représentant légal* de

(Nom / Prénom)*

Né(e) le à

(* Rayer les mentions inutiles)

Atteste :

Avoir pris connaissance des règles applicables aux personnes à risque élevé et des conditions d'auto- déclaration spécifiques,

Avoir pris connaissance des modalités d'accès et d'utilisation des vestiaires dans le cadre des activités encadrées par le CNF, et m'engage à les respecter et les faire respecter scrupuleusement et me conformer aux décisions du personnel encadrant en cas d'inobservance de ces modalités et/ou des horaires.

En raison de possible évolutions des règles sanitaires de lutte contre la Covid, le CNF se réserve le droit de modifier sans préavis les conditions d'inscriptions et les règles d'accès aux bassins.

- **Une copie du pass-sanitaire attestant un parcours vaccinal complet pour les personnes éligibles sera exigé pour valider l'inscription.**
- **Aucune dérogation ou possibilité de remise ultérieure de ce document ne sera admis.**
- **Le document sera annoté de manière manuscrite de la façon suivante :**

« Je soussigné, (Nom, prénom) (& qualité pour les mineurs)certifie l'exactitude des informations portées sur le Pass sanitaire, et de ne pas y avoir apportées de modifications »

Date et signature

Avoir pris connaissance du 'Questionnaire COVID' décrivant les principaux symptômes du COVID 19, et m'engage à ne pas me présenter aux activités du CNF en cas d'apparition de ces symptômes, à contacter un médecin, (questionnaire 'COVID' reçu par courrier électronique en même temps que l'accusé de réception qui m'a été adressé lors de la préinscription),

L'absence à mon domicile d'une personne testée « Positive COVID 19 », et m'engage à informer immédiatement le CNF si une personne présentant des symptômes du COVID 19 venait à se présenter et/ou séjourner à mon domicile, et/ou si cette personne était testée positive au COVID 19,

Je note que ces dispositions ont été prises dans un contexte sanitaire COVID-19 évolutif pouvant amener le CNF à modifier les modalités de fonctionnement voire à suspendre ses activités.

Fait à

Le

Signature