Le LICENCIÉ :[Nom — Prénom] :  

N O de Licence : .Nom du Club : **CASCOL NATATION**

Demeurant :  Code postal VILLE

## «QS -FFN» (ANNEXE Il -22 -ART. A. 231-1 DU CODE DU SPORT)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 ? |  |  |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? |  |  |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? |  |  |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? |  |  |
| 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 ? |  |  |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? |  |  |
| 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 ? |  |  |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? |  |  |
| 9) Avez-vous été atteint ou en contact avec une personne atteinte du covid-19 ? |  |  |
| 10) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? |  |  |
| \* NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié |  |

J’atteste sur l'honneur :

* Avoir fourni à un club affilié FFN un certificat médical de non-contre-indication à la pratique du sport ou de la ou les disciplines fédérales envisagées, en compétition, il y a moins de trois ans,
* Ne pas avoir eu d'interruption de licence depuis la fourniture de ce certificat,
* Avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé « QS — FFN » ci-dessus

*(le contenu est précisé à l'Annexe 11-22 (Art. A. 231-1) du Code du sport).*

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à  (Ville) : Le (date) :

*Signature de l'adhérent*

*(ou de son représentant légal si celui-ci est mineur*)