

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

| 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 inexplicée ?  | <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) Avez-vous été atteint ou en contact avec une personne atteinte du covid-19 ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>* NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié</i>  |                          |                          |

## ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A TOUTES LES QUESTIONS DU QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS - FFN »

(à remplir par le licencié demandant le renouvellement de sa licence ou responsable légal quand il s'agit d'enfant)

Je soussigné(e) : ..... [Nom – Prénom]

N° de Licence : .....

Nom du Club : .....

Demeurant : .....

..... [ Adresse complète]

### 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 » dont le contenu est précisé à l'Annexe II-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)*