

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ FFH

● SAISON 2024 - 2025

Handi  
Sport  
FÉDÉRATION FRANÇAISE

LICENCIÉ(E) MAJEUR(E)

18+

Questionnaire de santé préalable pour le premier et deuxième renouvellement des options loisir et cadre pratiquant pour une personne majeure. Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez, ou non, fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON\*

\*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Ce questionnaire est conforme à l'annexe II-23 (Art. A 231-3)

## DURANT LES 12 DERNIERS MOIS

OUI NON

Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si vous êtes porteur d'un handicap, a-t-il évolué ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## À CE JOUR

OUI NON

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="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nous vous informons expressément que le questionnaire de santé que vous avez renseigné, vous est réservé. Vous n'avez pas à le remettre à votre club. Nous vous informons aussi que les réponses apportées au questionnaire de santé relèvent de votre responsabilité exclusive.

## SI VOUS AVEZ REPONDU "NON"

à toutes les questions, vous devez obligatoirement renseigner, signer et remettre à votre club la seule attestation ci-dessous

## SI VOUS AVEZ REPONDU "OUI"

à au moins une des questions, vous devez :

- **Solliciter un certificat médical auprès d'un médecin.** Ce certificat médical devra établir explicitement l'absence de contre-indication à la pratique du-des sports que vous souhaitez pratiquer et devra être daté de moins d'un an par rapport à la date d'inscription au club.
- **Remettre le certificat médical à votre club qui le conservera.**



# ATTESTATION POUR LES MAJEURS

À RENSEIGNER, SIGNER ET REMETTRE OBLIGATOIREMENT PAR LE PRATIQUANT AU CLUB SANS LE QUESTIONNAIRE  
(ne pas imprimer recto/verso)



Nom : .....

Prénom : .....

Saison sportive : .....

Club d'adhésion : .....

*Par la présente, j'atteste sur l'honneur avoir reçu le questionnaire de santé, avoir pris connaissance des préconisations de la FFH ci-dessus et avoir renseigné le questionnaire de santé qui m'a été remis par le club. Et, j'atteste sur l'honneur avoir répondu par le négative à toutes les questions du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées par mes soins relèvent de ma responsabilité exclusive.*

Fait à : .....

Le : .....

Pour dire et valoir ce que de droit.      SIGNATURE :