

QUESTIONNAIRE DE SANTE FFvolley"

En application de la réglementation de la FFvolley, la présentation d'un certificat médical d'absence de contre-indication datant de moins de 3 saisons est exigée, sous réserve d'avoir renseigné le présent Questionnaire de Santé FFvolley et attesté que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, un certificat médical, datant de moins de 6 mois attestant l'absence de contre-indication à l'encadrement ou à la pratique du volley, y compris en compétition, est nécessaire.

Ce questionnaire de santé permet de savoir si le licencié doit fournir un certificat médical pour obtenir sa licence.

Si vous avez répondu "Non" à toutes les questions, il n'y a pas lieu de fournir un nouveau certificat médical, mais vous devrez attester sur votre formulaire de demande de licence avoir répondu négativement à toutes les questions de ce questionnaire de santé.

Si vous avez répondu "Oui" à une ou plusieurs questions, vous devrez consulter un médecin et lui présenter le présent questionnaire, afin d'obtenir un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à l'encadrement ou à la pratique du volley, y compris en compétition.

Les réponses formulées sont confidentielles et relèvent de la seule responsabilité du licencié.

QUESTIONS	OUI	NON
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
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"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
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"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON