

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour obtenir votre licence sportive et/ou arbitre. Il ne doit pas être renvoyé par l'étudiant à l'A.S (secret médical).

This health questionnaire enables you to know if you need to provide a medical certificate to obtain your sport and/or referee licence. It should not be return by the student to the Sportive Association (medical confidentiality).

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON* <i>Answer the following questions by YES or NO</i>	OUI YES	NON NO
Durant les 12 derniers mois <i>In the last 12 months</i>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ? <i>Has a member of your family died suddenly of a heart-related or unexplained cause?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? <i>Have you experienced chest pain, palpitations, unusual shortness of breath or a discomfort?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? <i>Have you had an episode of wheezing (asthma)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? <i>Have you had a fainting spell?</i>	<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 ? <i>If you stop practicing sport activities for 30 days or more because of health reasons, did you start practicing again without your doctor's approval?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? <i>Have you started any long-term medical treatment (except contraception or allergy desensitization)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour <i>To this day</i>		
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 ? <i>Do you feel any pain, lack of strength or stiffness as a result of a bone, joint or muscle problem (fracture, sprains, dislocation, tear, tendonitis, etc.) occurred in the last 12 months?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? <i>Are your sport activities interrupted because of health reasons?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? <i>Do you think you need a medical opinion to continue your sport activities?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié. The answers given are the sole responsibility of the FF Sport U licence's holder.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

If you answered NO to all the questions:

Pas de certificat médical à fournir pour participer aux sports sans contrainte particulière [hors rugby(s), boxe(s) plein contact, tir, karting, pentathlon, biathlon].

No medical certificate is required to participate in sports with no particular constraint [all sports except rugby(s), full contact boxing, Combat taekwondo, shooting, karting, pentathlon, biathlon].

Il vous faudra attester, lors du renseignement de la fiche individuelle d'inscription, avoir répondu NON à toutes les questions.

You must certify, when filling the individual registration form, that you have answered NO to all the questions.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

If you answered YES to at least one question:

Certificat médical à fournir pour obtenir votre licence sportive.

A medical certificate is required to obtain your sport licence.

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Consult a doctor and show this completed questionnaire.