

QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

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 ?	<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"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) 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>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Attestation sAnté pour le renouvellement d'une licence sportive FFCK*

Nom et prénom de l'adhérent :

Numéro de licence de l'adhérent :

Je, soussigné(e), at este sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé ci-dessus.

À le.....

Signature du/du(e) licencié(e)

* Praticiens à remettre au club

Fédération Française de Canoë-Kayak

87 Quai de la Marne 94340 Joinville-Le-Pont Tel : 01 45 11 08 50 - Fax : 01 48 86 13 25

CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU CANOË-KAYAK

Je soussigné(e),

Docteur :

Certifie avoir examiné :

Mme, Mr :

Né(e) le :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du Canoë-Kayak

➤ Loisir : OUI NON

➤ Compétition : OUI NON

Pour rappel : la mention "**En compétition**" est exigée par la Fédération Française de Canoë-Kayak, pour tout sportif souhaitant participer aux compétitions.

Observations :

.....

A.....

Le :

Signature :

Cachet

FICHE D'INSCRIPTION POUR LES MINEURS, AU CLUB DE KAYAK DE VIVONNE "Les Pagayous"

NOM de l'enfant : Prénom : Date de naissance : sexe Masculin Féminin
Adresse : Code postal : Ville :
Téléphone d'un responsable légal, Dom. : Portable : Portable de l'enfant :
E-Mail responsable légal (obligatoire pour recevoir la licence) :@..... E-Mail de l'enfant :@.....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mr. ou Me. Ou tuteur légal : demande l'inscription de l'enfant nommé, ci-dessus, au club de canoë Kayak de Vivonne "Les Pagayous".

Adresse courrier si différente de l'enfant : Code postal : Ville :

J'atteste que mon enfant est apte à nager au moins 25m et à s'immerger.

Informations particulières : (Allergie, crainte(s), diverses...) :

- autorise l'enfant nommé ci-dessus :
 - à pratiquer le kayak au sein du club de kayak de Vivonne "Les Pagayous", à être transporté, à participer aux sorties (compétitions, stages, loisirs etc..) que le club, le Comité Départemental ou Comité régional organiseront, pendant la saison,
 -
 - à subir tous les soins ou interventions chirurgicales jugés nécessaires sur avis médical.
- autorise le représentant du club à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une intervention médico-chirurgicale d'urgence.
- autorise le club à utiliser les photos de mon enfant, prises au cours des différentes activités pratiquées.

Je reconnais avoir été informé(e) par la FFCK, la MAIF et "les Pagayous" :

- Des garanties responsabilité civile et individuelle accident dont je bénéficie par l'intermédiaire de ma licence souscrite auprès de la FFCK pour lesquelles une notice individuelle m'a été remise par le club
- De mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (invalidité, décès, indemnités journalières) (supplément de 11€)
- Que les dites garanties complémentaires et les montants proposés me permettent de bénéficier de capitaux plus élevés et de prestations supplémentaires

Pour la première licence : je fournis **un certificat médical d'absence de contre-indication** pour la pratique du **sport en général** ou du **canoë-Kayak** datant de moins d'un an.

La mention **"en compétition"** devra être indiquée sur le certificat médical, si le licencié veut participer à des compétitions.

Pour le renouvellement : je remplis, signe et fournis le **questionnaire de santé**. En cas de réponse négative, je fournis un nouveau certificat médical à l'identique de la prise de la première licence. **La validité du certificat médical est de 3 ans, sans interruption de licence.**

Pour l'inscrire au club de canoë kayak de VIVONNE, je m'acquiesce du prix de la licence qui est de :

- 140 € pour 16 mois du 01/09/2019 au 31/12/2020.
- 120 € pour 12 mois du 01/01/2020 au 31/12/2020

Si vous vous inscrivez en famille le prix de la licence annuelle est à 100 € à partir de la 2ème personne. Possibilité de faire deux chèques dont un avec retrait différé.

Personne autre que celle de l'autorisation parentale à prévenir en cas d'urgence :

NOM, Prénom : Lien de parenté : N° de téléphone :

Adresse :

Date et signature précédées de la mention " lu et approuvé ».

***C.M = certif Médical & * QM = Questionnaire Méd.**

Licence FFCKle :

CM.* le : Dr : Lo Co

QM.* le :