



Office Intercommunal des Sports
Pays de Grand-Fougeray

FICHE SANITAIRE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles en cas d'accident.

(arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs)

Elle vous évite de vous démunir de son carnet de santé.

Ce document est confidentiel.

PRATIQUE

NOM

PRÉNOM

Date de naissance

Téléphone

Adresse

Ville

Email

CONTACTS

Personne(s) à prévenir en cas d'accident :

CONTACT N°1

NOM

PRÉNOM

Téléphone

CONTACT N°2

NOM

PRÉNOM

Téléphone

ASSURANCES

NOM de l'assuré

N° sécurité sociale

Caisse d'assurance maladie

Nom de la mutuelle

N° de sociétaire

Nom et N° allocataire

(CAF, MSA ...)

Nous vous invitons à vérifier auprès de votre assureur si votre police d'assurance couvre les dommages corporels auxquels votre enfant peut être exposé durant les activités.

Le cas échéant, nous vous conseillons vivement de souscrire une assurance extra scolaire

LE PRATIKANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES

Rubéole	☐		Varicelle	☐	
Coqueluche	☐		Angine	☐	
Otite	☐		Rhumatisme	☐	
Rougeole	☐		articulaire aigu	☐	
Scarlatine	☐		Oreillons	☐	

Traitement
médical permanent

Allergies
(préciser causes et
conduite à tenir)

Je soussigné _____, certifie :

- ☐ Exact tous les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par mon état.
- ☐ M'engage à régler l'intégralité du **montant** de l'activité et un **certificat médical** de non contre indication dans un délai de un mois après le début de l'activité.
- ☐ Autorise l'association à stocker toutes ces données durant la période d'adhésion.
Aucune de ces données ne sera communiquée à l'extérieur de la structure.
- ☐ Autorise l'éducateur sportif à **diffuser des photos** dans le cadre de ses outils de communication et d'information.

Fait à :

Le :

Signature

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

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

ATTESTATION DE RÉPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

SEULEMENT EN CAS DE RENOUELEMENT DE LICENCE

Je, soussigné, **Mme / Mr**
(nom de l'adhérent, ou de son représentant légal)

Représentant **l'enfant**

certifie avoir répondu NON à toutes les questions du
formulaire de santé

CERFA n° 15699*01, disponible sur
https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_15699.do

lors de la demande de renouvellement de la licence
sportive, pour l'année 2020-2021.

À
LE

SIGNATURE

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 ?	☐	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐	☐
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 ?	☐	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐	☐
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 ?	☐	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐	☐

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

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :
Pas de certificat médical à fournir. Simplement attester, 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.