

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Nom et Prénom : N° licence :

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.

Sur l'avis de la commission nationale sport santé, le comité directeur a estimé qu'il est de son devoir d'inciter les adhérents de la Fédération française de cyclotourisme à se soumettre régulièrement à un examen médical. De plus, à sa demande, l'assureur a accepté de lier la majoration de garantie décès par accident cardio-vasculaire ou vasculaire cérébral du contrat " Petit Braquet" et "Grand Braquet" à la production d'un certificat médical de non contre indication.

La demande de licence FFCT "vélo-rando" s'accompagne obligatoirement de la production d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclotourisme **tous les 5 ans**.

Le licencié FFCT "vélo-sport" qui désire participer à des épreuves à temps et/ou à classement (dites cyclosporives) (1) doit produire un certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition **tous les ans**.

Dans les deux cas le certificat médical est à fournir lors d'une première prise de licence.

Notre pratique, qu'elle soit compétitive ou non, est un sport susceptible d'amener les sollicitations cardiaques à leur maximum, ce qui constitue le facteur déclenchant de nombre d'accidents vasculaires, coronariens essentiellement.

Eu égard aux recommandations des sociétés de médecine du sport, il est vivement souhaitable ,après 45 ans chez l'homme et 50 ans chez la femme, de consulter un médecin cardiologue qui décidera de l'opportunité d'une épreuve d'effort.

Nous sommes conscients du travail que constitue l'examen médical du sportif, et vous remercions de votre collaboration.

Le médecin fédéral national.

(1) Conformément aux dispositions de son règlement la FFCT n'organise pas ce type d'épreuves.

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe :..... Profession.....

Club d'affiliation :: N° de licence

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné (e), Dr certifie avoir examiné ce jour

M. Mme. Mlle.et qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication à la pratique du Cyclotourisme.

A.....le

Signature et cachet du médecin : (Obligatoire avec ses coordonnées)

Document à présenter à un médecin du sport, votre médecin référant ou un autre médecin de votre choix pour la délivrance du certificat de non contre-indication et à conserver.

Les licenciés membres individuels doivent adresser **obligatoirement** une copie la FFCT.

EXAMEN MÉDICAL TYPE (FACULTATIF) pouvant être pré rempli par l'intéressé

Antécédents sportifs

Autres pratiques :

Cyclotourisme : Depuis combien de temps ?

Volume de pratique (km/an) :

Antécédents médicaux

Familiaux : Maladies ou décès d'origine cardiaque dans la famille ? oui non

Hypertension artérielle ? oui non

Maladies métaboliques (diabète, cholestérol, triglycérides,...)? oui non

La ou lesquelles :

Personnels :

- Age: plus de 45 ans ?
- Hypertension artérielle
- Diabète
- Hyperlipidémie (diabète, triglycérides)
- Tabagisme
- Sédentarité (arrêt de toute pratique sportive régulière depuis plus d'un an)
- Stress
- Prise médicamenteuse: laquelle :
- Antécédents chirurgicaux: lesquels :
- Autres : (vertiges, troubles visuels, crises convulsives,...)

Examen clinique : Taille : Poids :

IMC : Pds en Kg / (T en m)² =

Périmètre abdominal:

Cardio-vasculaire :

Signes fonctionnels à l'effort oui non

Si OUI lesquels? (Palpitations, douleurs thoraciques, gêne respiratoire,...).....

Auscultation cardiaque :.....

TA de repos :

Pouls de repos :

Pouls périphériques tous perçus :

ECG de repos (vivement recommandé)

Pulmonaire : Signes fonctionnels à l'effort oui non

Si OUI lesquels? (Toux, gêne respiratoire, asthme,...)

Appareil locomoteur : Rachis :

Membres supérieurs :

Membres inférieurs :

Neurologique : Troubles de l'équilibre : épreuve de Romberg yeux fermés =

Troubles de la vision (corrigés ou pas) :

Troubles de l'audition (corrigés ou pas) :

Antécédent de crise convulsive :

Uro-génital :

Autres : État bucco-dentaire :