



## Renouvellement de licence de la FFRandonnée

### Questionnaire de santé

Ce questionnaire de santé vous permet d'évaluer la nécessité d'une consultation médicale pour poursuivre votre activité.

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON                                                                                                                                 | OUI                      | NON                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Durant les 12 derniers mois</b>                                                                                                                                                  |                          |                          |
| 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) Êtes-vous enceinte ?                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Fumez-vous régulièrement (tabac, cannabis, autres drogues) ?                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Consommez-vous régulièrement de l'alcool ?                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Souffrez-vous d'une maladie chronique ?                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>À ce jour</b>                                                                                                                                                                    |                          |                          |
| 10) 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...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Nous vous conseillons de consulter votre médecin en lui présentant ce questionnaire rempli pour avoir son avis sur la poursuite de votre pratique.