

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR
EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE « VOLANT » :
facultatif pour les pratiquants de loisir ,
obligatoire pour les biplaceurs et les moniteurs professionnels.

Nous vous conseillons de le renseigner chaque année ce questionnaire de santé, et de consulter votre médecin cas de doute sur un problème de santé avant de pratiquer une de nos activités.

Si vous êtes soumis à une obligation de Certificat d'Absence de Contre-Indication à la pratique de nos disciplines volantes CACI FFVL, la périodicité peut être annuelle ou avec une périodicité différente. Entre les années avec examen médical, vous devez renseigner ce questionnaire pour satisfaire à vos obligations.

Si vous présentez un handicap qui a bénéficié d'une dérogation, ce questionnaire doit être renseigné chaque année pour renouveler la dérogation.

Actuellement	OUI	NON
1. Faites-vous l'objet d'un suivi médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous un traitement régulier (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durant les douze derniers mois	OUI	NON
4. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel, des maux de tête ou un malaise inexpliqué avec ou sans perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous présenté des troubles de l'attention ou de la conscience même brefs, ou des troubles psychologiques quel qu'en soit l'origine ou la cause ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous présenté une sensation d'instabilité ou de gêne d'une ou des épaules et ou de la colonne vertébrale (cervicale, dorsale, lombaire ou sacrée) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ou de gêne respiratoire douloureuse et limitante ou un antécédent d'épanchement autour des poumons (air ou liquide) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous eu la sensation d'une mauvaise ou moins bonne vision quelle qu'en soit la cause ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous eu la sensation d'une instabilité ou d'un vertige même fugace quelle qu'en soit la cause ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous eu la sensation d'entendre moins bien, quelle qu'en soit la cause ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 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"/>
Etes en situation de handicap physique ou sensoriel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je déclare

- certifier sur l'honneur avoir pris connaissance du questionnaire et l'avoir rempli avec sincérité ;
- avoir consulté un médecin si une colonne (lignes 1 à 12) a été renseignée par « oui » et, le cas échéant, de sursoir à la demande de licence ;
- m'engager que, en situation de handicap sensoriel ou moteur, à pratiquer l'activité avec du matériel et/ou une assistance adaptés ;
- être informé que toute pratique en présence d'une contre-indication engage ma responsabilité et m'expose à une absence de mise en œuvre de la garantie en responsabilité civile ou individuelle.