



**ATTESTATION**  
**QUESTIONNAIRE SANTÉ - FCD**

**Pour les majeurs**

Je soussigné(e) M/Mme ..... 1

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rebrique

Date et signature :

---

**Pour les mineurs**

Je soussigné(e) M/Mme ..... 1

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rebrique pour l'enfant ..... 2

Date et signature :

---

1 Préciser le prénom et nom et le as échéant, la qualité du représentant légal

2 Préciser le prénom et nom de l'enfant dont vous êtes le représentant légal

**LA FÉDÉRATION DES CLUBS DE LA DÉFENSE**

---

16 bis, avenue Prieur de la Côte d'Or - CS 40 300 - 94114 ARCUEIL Cedex  
Téléphone : 01.79.86.34.89 - PNA : 861.947.34.89 - Courriel : [contact@lafederationdefense.fr](mailto:contact@lafederationdefense.fr) - [www.lafederationdefense.fr](http://www.lafederationdefense.fr)  
Agrément n° MJSK0470228A (JO du 20 novembre 2004) du ministère de la jeunesse et des sports et de la vie associative  
Reconnue d'utilité publique par l'ordonnance n° 2015-904 du 23 juillet 2015  
Membre du comité national olympique et sportif français



## QUESTIONNAIRE SANTÉ MAJEUR - FCD

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

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON	OUI	NON
1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<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"/>
À 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 dans 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 votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Êtes-vous reconnu en situation de handicap pouvant contredire la pratique de certaines activités physiques et sportives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i><b>NB</b> : 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 licence.		
Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :		
Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.		

### LA FÉDÉRATION DES CLUBS DE LA DÉFENSE

16 bis, avenue Prieur de la Côte d'Or - CS 40 300 - 94114 ARCUEIL Cedex

Téléphone : 01.79.86.34.89 - PNIA : 861.947.34.89 - Courriel : [contact@lafederationdefense.fr](mailto:contact@lafederationdefense.fr) - [www.lafederationdefense.fr](http://www.lafederationdefense.fr)

Agrément n° MjSK0470228A (JO du 20 novembre 2004) du ministère de la jeunesse et des sports et de la vie associative

Reconnue d'utilité publique par l'ordonnance n° 2015-904 du 23 juillet 2015

Membre du comité national olympique et sportif français