



## CERTIFICAT MÉDICAL – SAISON 2021/2022 JOUEUR(SE) / DIRIGEANT(E)

Date de l'examen : ...../...../.....<sup>(1)</sup>

Je soussigné, Dr .....<sup>(1)</sup> certifie que le  
bénéficiaire, identifié ci-dessous,

### POUR LES JOUEURS(SES) :

- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du football en compétition,
- Est également apte à la pratique dans des compétitions de la catégorie d'âge immédiatement supérieure<sup>(2)</sup>.

### POUR LES DIRIGEANTS(ES) :

- Ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage occasionnel.

Bénéficiaire (nom, prénom) : .....<sup>(1)</sup>

Signature et cachet<sup>(1) (3)</sup>

<sup>(1)</sup> Obligatoire

<sup>(2)</sup> Rayer en cas de non aptitude

<sup>(3)</sup> Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée)



## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT » - LICENCIÉ MINEUR PRÉALABLE À LA DEMANDE DE LICENCE

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir ou pas un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Française de Football selon les règles énoncées à l'article 70 des Règlements Généraux de la F.F.F.

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

**FAIRE DU SPORT : C'EST RECOMMANDÉ POUR TOUS.** En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par **OUI** ou par **NON**, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

### DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE

OUI NON

Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?

 

As-tu été opéré(e) ?

 

As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?

 

As-tu beaucoup maigri ou grossi ?

 

As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?

 

As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?

 

As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?

 

As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?

 

As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?

 

As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le coeur qui bat très vite) ?

 

As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?

 

As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?



<b>DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>AUJOURD'HUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Penses-tu quelques fois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du coeur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS :**

**Pas de certificat médical à fournir.**

Simplement attestez, selon les modalités prévues par la F.F.F., sur votre demande de licence (en ligne ou papier), avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande 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.



## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT » - LICENCIÉ MAJEUR PRÉALABLE À LA DEMANDE DE LICENCE (Changement de club ou renouvellement)

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Française de Football selon les règles énoncées à l'article 70 des Règlements Généraux de la F.F.F.

**SI VOUS AVIEZ FOURNI UN CERTIFICAT MÉDICAL EN SAISON 2019/2020 OU 2020/2021,**  
répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**.

<b>DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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"/>
<b>À CE JOUR :</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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.) survenue 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"/>

**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 attestez, selon les modalités prévues par la F.F.F., sur votre demande de licence (en ligne ou papier), avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande 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.