***Feuille d’inscription : dirigeants – moniteurs – juges***

* A partir de la saison 2022/2023, nous travaillons sur un nouveau logiciel pour les demandes de licences et nous avons besoin de renseignements supplémentaires pour les dirigeants, moniteurs et juges.

 **Coordonnées de la personne à licencier (dirigeants – moniteurs - juges) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom | Nom de jeune fille | Prénom |
|  |  |  |
| Date de naissance | Département de naissance | Lieu de naissance |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse | CP | Ville |
|  |  |  |
| Téléphone fixe | Téléphone portable |
|  |  |
| Adresse mail | N° de licence |
|  |  |
| N° licence |  |

## Documents à fournir obligatoirement par les moniteurs et monitrices :

* 1 certificat médical mentionnant le sport pratiqué, daté du 20 juillet 2022 au plus tôt, ou l’attestation de santé (***page ci - dessous***) pour ceux qui ont déjà fourni un certificat médical datant de moins de 3 ans

**QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LE RENOUVELLEMENT D’UNE LICENCE FSCF**

**POUR L’ANNEE 2022/2023 – moniteur – monitrice majeur(e)**

li

|  |
| --- |
|  Questionnaire SANTE-SPORT rempli le  |
|  Nom, Prénom :  |
|  Date de naissance :  |

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire, par oui ou par non.

Durant les douze derniers mois,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 - Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une cause cardiaque ouinexpliquée? |  oui |  non |
| 2- Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflementinhabituel ou un malaise? |  oui |  non |
| 3 - Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)? |  oui |  non |
| 4 - Avez-vous eu une perte de connaissance? |  oui |  non |
| 5 - Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vousrepris sans l’accord d’un médecin? |  oui |  non |
| 6 - Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception etdésensibilisation aux allergies) ? |  oui |  non |

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 durant les 12 derniers mois? |  oui |  non |
| 8 - Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé? |  oui |  non |
| 9 - Pensez-vous avoir besoin d’un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive? |  oui |  non |

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

* Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d’obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.
* Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n’avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l’attestation et fournissez-la sans le questionnaire (que vous conserverez)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ATTESTATION DE SANTE POUR LE RENOUVELLEMENT D’UNE LICENCE FSCF**

**POUR L’ANNEE 2022/2023 – gym majeure**

|  |
| --- |
| Je, soussigné, |
|  Date de naissance :  |

Date du dernier certificat médical d’absence de contre-indication

à la pratique d’une activité physique ou sportive :

Atteste sur l’honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  À  | , le  | Signature du pratiquant |