

Questionnaire de santé « QS - Golf - adulte »

NOM :

Prénom :

Âge : ans

Date :

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*

à ce jour	oui	non
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante à l'effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ou un malaise à l'effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Avez-vous des problèmes de peau (nævus ou cancer) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Votre pratique du golf nécessite un appareillage (dispositif médical) ou fauteuil roulant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Pratiquez-vous dans le cadre du speed-golf (golf et course à pied) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Avez-vous un problème de santé autre qui justifierait une visite chez un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durant les 12 derniers mois	oui	non
9) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Avez-vous arrêté le sport pendant 15 jours consécutifs ou plus pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Ressentez-vous une douleur inhabituelle de type osseux, articulaire, ou musculo-tendineux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Avez-vous eu un « vertige » ou un trouble visuel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Avez-vous bénéficié d'une arthrodeèse ou d'une pose de prothèse(s) type hanche, genou, épaule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Avez-vous bénéficié de la pose d'un pacemaker ?	<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. Attestation ci-après à compléter, selon les modalités prévues par la Fédération, à fournir à la ffgolf ou à votre Club.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical de moins de 6 mois à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS – Golf – Adulte »

Je soussigné(e) M/Mme

.....

licence ffgolf n° atteste avoir renseigné le questionnaire de santé

QS-Golf-Adulte et avoir répondu par la négative à toutes les questions.

Le

Signature :

À remettre à votre Club ou à la ffgolf : ffgolf - Questionnaire de Santé - 68, rue Anatole
France - 92 309 Levallois-Perret Cedex ou par e-mail, à l'adresse : ffgolf@ffgolf.org

Les licenciés peuvent également compléter le questionnaire et attester avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques depuis leur Espace licencié.