



DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

Je soussigné(e) M. / Mme _____ représentant légal de l'enfant :

NOM	
Prénom	
Date et Lieu de Naissance	
Contact Parent	<u>N° de téléphone portable</u> * :
	<u>Adresse e-mail</u> :

*Indispensable pour contacter le parent en cas d'urgence.

- CERTIFIE après avoir répondu « NON » à toutes les questions du questionnaire de santé ci-dessous, et AUTORISE, l'enfant susnommé, à la pratique du football dans le cadre de séances « découvertes » d'entraînement.
- DEGAGE le FC Médoc Océan et ses dirigeants de toutes responsabilités en cas d'accident découlant notamment, d'un fait de jeu et s'engage à ne présenter de ce fait, aucune demande d'indemnité.
- CERTIFIE être assuré(e) au titre de sa responsabilité civile vis-à-vis des tiers et des dommages qui pourraient être causés au cours de ces séances.

Fait à LACANAU, le ___ / ___ / 2022

(Porter la mention manuscrite « Lu et approuvé »)

Signature



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT » 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 2018/2019 OU 2019/2020,
répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**.

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :

- | | 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 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 :

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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.