

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS - GOLF - ADULTE »

(Pratique compétitive de club, parties certifiées (WHS) ou entre deux présentations de certificat médical en cas de participation à des compétitions nécessitant le droit de jeu fédéral)

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 SANTÉ « 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 My ffgolf.