# Questionnaire de santé FFH - licenciés majeurs

SAISON 2025 - 2026

18+

Nous vous informons expressément qu’il n’est pas nécessaire de remplir ce questionnaire de santé et que vous ne devez en aucun cas le fournir à votre club. Seule l’attestation ci-dessous en page 2 est à joindre à votre club si vous avez répondu « non » à toutes les questions posées.

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS

Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une cause cardiaque ou inexpliquée ?

Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?

Avez-vous eu une perte de connaissance ?

Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?

À CE JOUR

Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?

Pensez-vous avoir besoin d’un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

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 ?

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 ?

Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?

Si vous êtes porteur d’un handicap, a-t-il évolué ?

SI VOUS AVEZ REPONDU “NON” à toutes les questions, vous devez obligatoirement renseigner, signer et remettre à votre club la seule attestation ci-dessous.

SI VOUS AVEZ REPONDU “OUI” à au moins une des questions, vous devez :

- Solliciter un certificat médical auprès d’un médecin. Ce certificat médical devra établir explicitement l’absence de contre-indication à la pratique du-des sports que vous souhaitez pratiquer et devra être daté de moins d’un an par rapport à la date d’inscription au club.

- Remettre le certificat médical à votre club qui le conservera.

ATTESTATION POUR LES MAJEURS

À RENSEIGNER, SIGNER ET REMETTRE OBLIGATOIREMENT PAR LE PRATIQUANT AU CLUB SANS LE QUESTIONNAIRE

Nom : .............................................................................................................

Prénom : .......................................................................................................

Saison sportive : ..........................................

Club d’adhésion : .......................................................................................

Par la présente, j’atteste sur l’honneur avoir reçu le questionnaire de santé, avoir pris connaissance des préconisations de la FFH ci-dessus et avoir renseigné le questionnaire de santé qui m’a été remis par le club.

Et, j’atteste sur l’honneur avoir répondu par la négative à toutes les questions du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées par mes soins relèvent de ma responsabilité exclusive.

Fait à : .........................................................................................................................................,

Le : .....................................

Pour dire et valoir ce que de droit. SIGNATURE :