

## Modalités concernant le certificat médical

|                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>MAJEURS</b></p> <p>qui n'étaient pas licenciés la saison dernière<br/>pratiquants loisir ou niveau Fédéral au maximum</p>                                                                                                | <p><b>Certificat médical</b></p>                                                                                                                                        |
| <p><b>MAJEURS</b></p> <p>qui étaient licenciés la saison dernière<br/>pratiquants loisir ou niveau Fédéral au maximum</p>                                                                                                      | <p>Le certificat médical est à renouveler<br/><b>tous les trois ans</b> pour les licenciés ayant conservé<br/>une licence à la Fédération sans année d'interruption</p> |
| <p><b>MAJEURS</b></p> <p>évoluant en Performance, Elite, Club formateur<br/>(dépassant le volume horaire d'entraînement<br/>recommandé), Pôle ou étant inscrits sur la liste<br/>ministérielle des sportifs de haut niveau</p> | <p><b>Certificat médical annuel</b></p>                                                                                                                                 |

### CERTIFICAT DE REPRISE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>MAJEURS</b></p> <p>1) évoluant en Performance, Elite, Club formateur<br/>(dépassant le volume horaire d'entraînement<br/>recommandé), Pôle ou étant inscrits sur la liste<br/>ministérielle des sportifs de haut niveau</p> <p>2) en cas de blessure grave avec arrêt de pratique pour<br/>laquelle des séquelles sont envisagées</p> | <p><b>Certificat de reprise, validé par le<br/>médecin régional ou, à défaut, le<br/>médecin fédéral</b></p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Questionnaire de santé

Qui est concerné ?

Le licencié majeur qui demande à la FFG le renouvellement de sa licence.

Quand l'utiliser ?

Le questionnaire est à utiliser **pendant les deux saisons** qui suivent celle pour laquelle un certificat médical a été délivré.

|         |                  |                             |
|---------|------------------|-----------------------------|
| Exemple | Saison 2021/2022 | Certificat médical          |
|         | Saison 2022/2023 | Questionnaire + Attestation |
|         | Saison 2023/2024 | Questionnaire + Attestation |
|         | Saison 2024/2025 | Certificat médical          |

**Répondez aux questions suivantes par oui ou par non**

| <b>Durant les douze derniers mois</b>                                                                                                                                                                                 | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| ① Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexplicable ?                                                                                                                         |            |            |
| ② Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?                                                                                                      |            |            |
| ③ Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?                                                                                                                                                         |            |            |
| ④ Avez-vous eu une perte de connaissance ?                                                                                                                                                                            |            |            |
| 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 ?                                                                                      |            |            |
| ⑥ Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?                                                                                                    |            |            |
| <b>A ce jour</b>                                                                                                                                                                                                      | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| 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 ? |            |            |
| ⑧ Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?                                                                                                                                            |            |            |
| ⑨ Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?                                                                                                                                |            |            |

### Attention :

- Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié ou de son représentant légal s'il est mineur.
- Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions :  
⇒ Attestation ci-après à fournir à votre club, pour les saisons concernées – Pas de certificat médical.
- Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :  
⇒ Le certificat médical est obligatoire pour l'obtention d'une licence.

Attestation  
(Pour les majeurs)

Je soussigné :

Nom : ..... Prénom : .....

Licence N° ..... Club : .....

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à ma demande de licence à la FFG pour la saison...../.....

Atteste avoir répondu NON à toutes les questions.

Fait à ..... le .....

Signature