

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION

A LA PRATIQUE DU TENNIS

A partir de septembre 2017, la Fédération Française de Tennis applique le nouveau dispositif et réglementaire relatif au certificat médical (loi du 26 janvier 2016).

Ce nouveau dispositif permet notamment de rallonger la durée de validité du certificat médical de 1 à 3 ans selon les conditions citées ci-dessous.

Selon le certificat médical que vous fournirez au Tennis Club de Brocéliande, **vosre attestation de licence FFT** portera dorénavant la mention « **Hors compétition** » ou « **En compétition** ». Vous n'aurez ainsi plus besoin de présenter un certificat médical lors de participation à des tournois.

Il convient de distinguer 2 situations :

- *Vous souhaitez l'obtention d'une licence*(nouveaux licenciés ou licenciés ayant interrompu leur pratique pendant au moins 1 an)

Lors de votre inscription au Tennis Club de Brocéliande, vous devez fournir un certificat médical datant de moins d'un an attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du tennis.

Attention : si vous souhaitez faire de la compétition dans le courant de l'année (tournoi, championnat individuel, championnat par équipe ...), le médecin devra mentionner **obligatoirement** sur le certificat la mention « **En compétition** ».

- *Vous souhaitez le renouvellement votre licence*

Pendant les 2 années qui suivent l'obtention de votre certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du tennis, vous devez remplir **le questionnaire « QS-SPORT » au verso et l'attestation.**

Tennis Club de Brocéliande.

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
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"/>
A ce jour		
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 ?	<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"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et renseignez le questionnaire.

ATTESTATION

Je soussigné **M/Mme [Prénom NOM]** _____ atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif :

Pour les mineurs :

Je soussigné **M/Mme [Prénom NOM]** _____ en ma qualité de représentant légal de **[Prénom NOM]** _____ atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal :