

Validé par le Cercle de Compétences Médical de la FFN

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON *                                                                                                                                                                     | OUI                      | NON                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>DURANT LES 12 DERNIERS MOIS</b>                                                                                                                                                                                        |                          |                          |
| 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"/> |
| <b>A CE JOUR</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 ? | <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>                                                                                                                                      |                          |                          |

La FFN met tout en œuvre pour rédiger des documents conformes au droit en vigueur. Ils ne constituent pas à eux seuls un avis professionnel ou juridique. L'utilisation de ces documents ne saurait engager la responsabilité de la FFN.

104 rue Martre – CS 70052- 92583 CLICHY Cedex  
Tél. 01 41 83 87 70 – Fax. 01 41 83 87 69 \* E-mail : [ffn@ffnatation.fr](mailto:ffn@ffnatation.fr)

SUIVEZ NOUS SUR     [ffnatation.fr](https://www.ffnatation.fr)

| Type de Licence                                                                                             | Fournir une attestation du renseignement du questionnaire de santé                                                                                         | Fournir un certificat médical d'absence de contre-indication |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Toutes les licences<br>- Compétition<br>- Natation pour tous<br>- Encadrement<br>- Eau libre promotionnelle | Si réponse « <b>NON</b> » à toutes les questions du QS Sports – Majeurs  | <b>NON</b>                                                   |
|                                                                                                             | Si une réponse « <b>OUI</b> » à une question du QS Sports - Majeurs      | <b>OUI</b>                                                   |
| Compétitions en eau Froide / glacée                                                                         | Fournir un certificat médical de moins de 3 mois + ECG de moins de 6 mois                                                                                  |                                                              |

**ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A TOUTES LES QUESTIONS DU QS - FFN MAJEURS**

(à remplir par le licencié demandant le renouvellement de sa licence ou son représentant légal s'il s'agit d'un majeur protégé)

Je soussigné(e) : ..... [Nom - Prénom]

Nom du Club : .....

Demeurant : .....

..... [Adresse complète]

**Atteste sur l'honneur :**

- Avoir répondu NON à toutes les questions du QS - FFN Majeurs.  
dont le contenu a été validé par le Cercle de Compétences Médical de la FFN

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à ..... [Ville] le ..... [date]

Signature du licencié  
(ou de son responsable légal s'il s'agit d'un majeur protégé)