

Questionnaire de santé « QS - Golf - adulte »

NOM : ….............................................

Âge : …............. ans

Prénom : ….....................................

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 ? |   |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations,  un essoufflement inhabituel ? |   |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante à l’effort ? |   |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ou un malaise à l’effort ? |   |
| 5) Avez-vous des problèmes de peau (nævus ou cancer) ? |   |
| 6) Votre pratique du golf nécessite un appareillage (dispositif médical)  ou fauteuil roulant ? |   |
| 7) Pratiquez-vous dans le cadre du speed-golf (golf et course à pied) ? |   |
| 8) Avez-vous un problème de santé autre qui justifierait une visite  chez un médecin ? |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Durant les 12 derniers mois | oui non |
| 9) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée  (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? |   |
| 10) Avez-vous arrêté le sport pendant 15 jours consécutifs ou plus  pour des raisons de santé ? |   |
| 11) Ressentez-vous une douleur inhabituelle de type osseux, articulaire,  ou musculo-tendineux ? |   |
| 12) Avez-vous eu un « vertige » ou un trouble visuel ? |   |
| 13) Avez-vous bénéficié d’une arthrodèse ou d’une pose de prothèse(s)  type hanche, genou, épaule ? |   |
| 14) Avez-vous bénéficié de la pose d’un pacemaker ? |   |

\*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 SANTE « 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](mailto:ffgolf@ffgolf.org)

Les licenciés peuvent également compléter le questionnaire et attester avoir répondu par la négative à l’ensemble des rubriques depuis leur Espace licencié.