

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS - GOLF - ADULTE »

(Pratique compétitive de club, parties certifiées (WHS) ou entre deux présentations de certificat médical en cas de participation à des compétitions nécessitant le droit de jeu fédéral)

NOM: .....

Prénom: .....

Âge: ..... ans

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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante à l'effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ou un malaise à l'effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Avez-vous des problèmes de peau (nævus ou cancer) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Votre pratique du golf nécessite un appareillage (dispositif médical) ou fauteuil roulant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Pratiquez-vous dans le cadre du speed-golf (golf et course à pied) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Avez-vous un problème de santé autre qui justifierait une visite chez un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS	OUI	NON
9) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Avez-vous arrêté le sport pendant 15 jours consécutifs ou plus pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Ressentez-vous une douleur inhabituelle de type osseux, articulaire, ou musculo-tendineux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Avez-vous eu un « vertige » ou un trouble visuel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Avez-vous bénéficié d'une arthrodeèse ou d'une pose de prothèse(s) type hanche, genou, épaule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Avez-vous bénéficié de la pose d'un pacemaker ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*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 SANTÉ « 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 My ffgolf.