

## INFORMATION CERTIFICAT MÉDICAL



La pratique de la gymnastique au sein du Club Argenteuil Gymnastique nécessite pour chaque adhérent, de suivre le règlement de la Fédération Française de Gymnastique FFG, en matière de suivi médical.

### Pour les mineurs :

Afin d'obtenir ou renouveler sa licence FFG, le mineur et son représentant légal doivent remplir **le questionnaire de santé des mineurs** et l'attestation de la Fédération et remettre le tout au Club.

Si une réponse au questionnaire de santé conduit à un examen médical, il faudra alors fournir un certificat médical datant de moins de six mois et attestant l'absence de contre-indication à la pratique de la gymnastique artistique.

Ce certificat devra comporter en plus la mention "absence de contre-indication à la pratique de la gymnastique artistique en compétition" si le mineur va suivre des compétitions durant la saison (quel que soit le niveau).

### Pour les majeurs :

Un certificat médical est obligatoire pour l'obtention de la licence à la FFG.

Ce certificat médical qui doit dater de moins d'un an au moment de la licence, doit mentionner l'absence de contre-indication à la pratique du sport et/ou de la gymnastique artistique.

Ce certificat devra comporter en plus la mention "absence de contre-indication à la pratique de la gymnastique artistique en compétition" si le mineur va suivre des compétitions durant la saison (quel que soit le niveau).

La remise d'un certificat médical est obligatoire tous les 3 ans. Pour les 2 années intermédiaires, il sera nécessaire de remplir **le questionnaire de santé des majeurs** et l'attestation de la Fédération puis remettre le tout au Club.

### Pour les mineurs et majeurs de niveau Performance :

Un certificat médical est obligatoire pour l'obtention de la licence à la FFG.

Il doit mentionner l'absence de contre-indication à la pratique de la gymnastique en compétition et dater de moins d'un an à la date de la compétition.

Merci de compléter votre dossier d'inscription avec les éléments cités selon les options.

L'équipe Argenteuil Gymnastique

## QUESTIONNAIRE SANTE POUR LES MINEURS

### Qui est concerné ?

Le licencié mineur qui demande à la FFG l'obtention ou le renouvellement de sa licence.

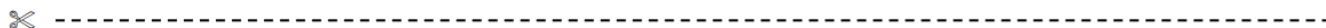
### Qui remplit le questionnaire ?

Il est préférable que le questionnaire ci-dessous soit complété par le licencié mineur s'il en est capable. Il est toutefois de la responsabilité des parents ou de la personne exerçant l'autorité parentale de s'assurer qu'il est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------|
| Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider. |                                                                    |            |
| Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                     | Ton âge :<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans |            |
| <b>Depuis l'année dernière</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>OUI</b>                                                         | <b>NON</b> |
| Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |            |
| As-tu été opéré (e) ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                    |            |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |            |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ?                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                    |            |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |            |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |            |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |            |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                    |            |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                    |            |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |            |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                    |            |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |            |
| <b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>OUI</b>                                                         | <b>NON</b> |
| Te sens-tu très fatigué (e) ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                    |            |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |            |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                    |            |
| Te sens-tu triste ou inquiet ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |            |
| Pleures-tu plus souvent ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |            |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |            |
| <b>Aujourd'hui</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>OUI</b>                                                         | <b>NON</b> |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |            |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                    |            |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                    |            |
| <b>Questions à faire remplir par tes parents</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>OUI</b>                                                         | <b>NON</b> |
| Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?                                                                                                                                                                                      |                                                                    |            |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                    |            |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)                                                                                                            |                                                                    |            |

Attention :

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



**Attestation  
(Pour les mineurs)**

Je soussigné :

Nom : .....Prénom : .....

Représentant légal de l'enfant : .....

Licence N° .....Club : .....

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

Atteste avoir répondu NON à toutes les questions.

Fait à.....le.....

Signature

## QUESTIONNAIRE SANTE POUR LES MAJEURS

### 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 2018/2019 | Certificat médical          |
|         | Saison 2019/2020 | Questionnaire + Attestation |
|         | Saison 2020/2021 | Questionnaire + Attestation |
|         | Saison 2021/2022 | Certificat médical          |

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

| Durant les douze derniers mois                                                                                                                                                                                        | OUI | NON |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| ① Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexpliquée ?                                                                                                                          |     |     |
| 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) ?                                                                                                    |     |     |
| A ce jour                                                                                                                                                                                                             | OUI | NON |
| 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