

## Fiche d'inscription pour les licences adultes

2023-2024

Club : \_\_\_\_\_



A retourner à : Marie MACHEFER – 5 rue des sources, 49170 Saint Georges sur Loire –  
06.77.01.74.87 – [escaladesaintgeorgessurloire@gmail.com](mailto:escaladesaintgeorgessurloire@gmail.com)  
Ou à remettre à un.e responsable du club.

La fiche d'inscription doit être accompagnée du montant correspondant à vos choix :

- ☐ 150 € pour un adulte
- ☐ 130 € pour un enfant (né.e avant 2013)

### Certificat médical ou attestation de santé :

Désormais, vous devez faire le nécessaire dans votre espace licencié pour, selon votre cas, générer l'attestation de santé, ou téléverser un certificat médical datant de moins d'un an. Vous serez relancé à plusieurs reprises. Sans cette étape, votre licence ne sera pas valide, vous ne pourrez ni l'imprimer, ni participer aux compétitions.

Numéro de licence FFME : \_\_\_\_\_ (à ne pas compléter si vous n'en avez pas)

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ SEXE : \_\_\_\_\_ NATIONALITÉ : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_ TÉL : \_\_\_\_\_

Pour recevoir votre attestation de licence 2023-2024 et vos codes de connexion à l'espace licencié, vous devez obligatoirement fournir une adresse électronique (écrire lisiblement) - adresse électronique : \_\_\_\_\_

Et/ou un numéro de téléphone portable : \_\_\_\_\_

#### ➤ Informations de santé :

☐ Je certifie fournir un certificat médical de non-contre-indication aux sports statutaires de la fédération, ou une attestation de santé, et avoir pris connaissance des précautions et restrictions éventuelles des pratiques.

- Pour une licence « loisir », l'adhérent répond à un questionnaire de santé. S'il répond « oui » à au moins une question, il doit fournir un certificat médical. Dans le cas contraire, il remplit l'attestation de santé.

#### ➤ Certificat médical fourni (si concerné)

\* certificat médical : loisir ☐ prescription sport santé ☐

(Alpinisme = activité d'alpinisme pratiquée au-dessus de 2500m comportant un séjour d'au moins une nuit à cette altitude ou au-dessus).

Personne à prévenir en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Recevoir gratuitement la newsletter Direct'Infos : oui ☐ non ☐

Recevoir gratuitement la revue Grande Voix : oui ☐ non ☐

Signature de l'adhérent.e :

8-10 quai de la Marne - 75019 PARIS

T. +33 (0)1 40 18 75 50

F. +33 (0)1 40 18 75 59

[www.ffme.fr](http://www.ffme.fr)

## Questionnaire de santé Adulte « QS-SPORT »

Ce questionnaire de santé est destiné aux personnes majeures. Il permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour obtenir ou renouveler votre licence sportive compétition au sein de la Fédération Française de la montagne et de l'escalade selon les règles énoncées dans le règlement médical.

Durant les 12 derniers mois	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc..) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous un traitement anticoagulant (Xarelto <sup>®</sup> , Coumadine <sup>®</sup> , Eliquis <sup>®</sup> , Préviscan <sup>®</sup> ...) ou un traitement antiagrégant plaquettaire (Aspirine protect <sup>®</sup> , Kardegic <sup>®</sup> , Plavix...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous épileptique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, 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 présentez-lui ce questionnaire renseigné.

8-10 quai de la Marne - 75019 PARIS

T. +33 (0)1 40 18 75 50  
F. +33 (0)1 40 18 75 59

[www.ffme.fr](http://www.ffme.fr)



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

**Légifrance**

Le service public de la diffusion du droit

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

## Code du sport

### Article Annexe II-23 (art. A231-3)

#### Annexe II-23 (art. A231-3)

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

**Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.**

<b>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.</b>			
<b>Tu es une fille</b>	<b>un garçon</b>	<b>Ton âge :</b>	
<b>Depuis l'année dernière</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu été opéré (e) ?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu beaucoup maigri ou grossi ?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
<b>Te sens-tu très fatigué (e) ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Te sens-tu triste ou inquiet ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pleures-tu plus souvent ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aujourd'hui</b>		
<b>Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>		
<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 ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>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.)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.**