

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) Avez-vous un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Votre pratique du golf nécessite un appareillage (dispositif médical) ou fauteuil roulant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Pratiquez-vous dans le cadre du speed-golf (golf et course à pied) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) 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
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 arthrodeuse 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

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

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR UN LICENCIÉ MINEUR

(Création, renouvellement ou reprise de licence / pratique loisir ou 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)

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.

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
 une garçon

Ton âge : ans

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé(e) sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé(e) à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE	OUI	NON
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)	OUI	NON
Tu te sens très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu as du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es fait(e) cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUJOURD'HUI	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il mort subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous inquiet(e) pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<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.

Je suis informé(e) que je dois transmettre un certificat médical de moins de 6 mois et attestant l'absence de contre-indication à la pratique du golf (en et hors compétition).



ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTÉ - MINEURS -

Je soussigné(e) M/Mme

en ma qualité de représentant légal de M/Mme

licence n°..... (si licence déjà prise) atteste qu'il/elle a renseigné

le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

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

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



CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION - CACI À LA PRATIQUE DU GOLF EN COMPÉTITION NÉCESSITANT LE DROIT DE JEU FÉDÉRAL

Rappel : une fois enregistré un certificat médical est valable 3 ans sous réserve de :
- renouveler sa licence chaque année sans interruption ;
- répondre annuellement à un questionnaire de santé QS-golf-adulte ou QS-mineur ;
- attester avoir répondu négativement à toutes les questions.

Peut être établi par tout médecin titulaire du diplôme de docteur en médecine.

Ce certificat engage la responsabilité du médecin signataire
(Art.R.4127-69 et Art.R.4127-76 du Code de la Santé Publique).

Je soussigné(e), Docteur en médecine :

Exerçant à :

Certifie avoir examiné **M / Mme** :

Né(e) le : Age :

Licence ffgolf numéro :

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents, contre-indiquant la pratique du golf en compétition.

Le

CACHET DU MEDECIN
N° RPPS :



VERSO DESTINÉ AU PRATICIEN RÉALISANT LE CACI

Les sportifs sur liste SHN – Sport de Haut Niveau, doivent fournir un certificat médical annuel, dans le cadre du SMR - Suivi Médical Règlementaire, réalisé par un médecin du sport.

Le paragolf bénéficie d'une réglementation particulière : s'il existe un appareillage, réorienter le patient vers le médecin prescripteur.

La pratique régulière du golf est un facteur reconnu de bénéfices pour la santé. Cependant, il existe de rares contre-indications, généralement non définitives. Le type de pratique, l'intensité et le volume d'entraînement ont une influence sur la santé de votre patient, ainsi que son âge, ses FDR et ses ATCDs.

Faire remplir au préalable le QS-Golf par le licencié majeur ou le QS-sport-mineur (CERFA) par le licencié mineur et ses représentants légaux. Toute modification de l'état de santé du patient doit conduire à réévaluer sa pratique golfique.

Le médecin examinateur est habilité à décider de la nécessité de pratiquer des examens complémentaires tels qu'un ECG, une épreuve d'effort, une imagerie ou un examen biologique, en fonction des facteurs de risques et de l'examen réalisé.

Il est recommandé, lors de la visite médicale, de vérifier plus particulièrement :

- L'intégrité et les facteurs de risque cardio-vasculaire, la TA de repos ;
- Un ECG de repos est recommandé une fois à partir de 12 ans puis tous les 3 ans à partir de 35 ans, et selon les ATCDs du patient ;
- La souplesse, l'intégrité et le gainage du rachis lombaire ;
- L'intégrité des membres supérieurs et surtout de l'épaule dominante et des poignets ;
- Le phototype et l'absence de lésions dermatologiques s'aggravant avec le soleil ;
- L'examen de la vision : AV et champ visuel. En cas de cécité d'un œil, port de lunettes de protection ;
- Les arthrodèses : rachis, cheville ou prothèses : hanches, genoux, épaules ne sont pas des contre-indications à la pratique du golf mais peuvent nécessiter l'avis d'un spécialiste.

La prise de médicaments (dont les bêtabloquants et les corticoïdes) et/ou de produits récréatifs est susceptible de constituer un contrôle **anti-dopage** positif pour tout licencié. Des autorisations exceptionnelles d'utilisation (AUT) peuvent être délivrées par l'AFLD. La demande d'AUT doit-être faite par le sportif avec le médecin ayant prescrit la substance ou la méthode interdite :

<https://sportifs.aflld.fr/effectuer-une-demande-daut/>

Lors de la prise de licence chaque année, **des recommandations** concernant la santé seront adressées par e-mail au licencié de la ffgolf. Elles sont consultables sur le site internet : www.ffgolf.org