

UCS

DOSSIER MÉDICAL MAJEUR

2026 - 2027



Ce dossier est destiné aux services médicaux qui seraient susceptibles d'intervenir en cas d'accident, auprès de l'adhérent pratiquant une activité sportive au sein du club UCS Cosne Natation.

Questionnaire de santé à remplir par vos soins

☐**MINEUR**☐**MAJEUR**

en complément de cette fiche sanitaire

Allergies : _____

Traitement en cours : _____

Antécédents médicaux et chirurgicaux : _____

Je soussigné(e), _____, responsable de l'enfant

_____, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,

et autorise les dirigeants ou éducateurs sportifs du club UCS Cosne Natation à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de santé de l'enfant.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature :

Validé par le Cercle de Compétences Médical de la FFN

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON *	OUI	NON
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS		
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 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		
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 ?	☐	☐
<i>* NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié</i>		

La FFN met tout en œuvre pour rédiger des documents conformes au droit en vigueur. Ils ne constituent pas à eux seuls un avis professionnel ou juridique. L'utilisation de ces documents ne saurait engager la responsabilité de la FFN.

104 rue Martre – CS 70052- 92583 CLICHY Cedex
Tél. 01 41 83 87 70 – Fax. 01 41 83 87 69 ° E-mail : ffn@ffnatation.fr

SUIVEZ NOUS SUR     [ffnatation.fr](https://www.ffnatation.fr)

Type de Licence	Fournir une attestation du renseignement du questionnaire de santé	Fournir un certificat médical d'absence de contre-indication
Toutes les licences - Compétition - Natation pour tous - Encadrement - Eau libre promotionnelle	Si réponse « NON » à toutes les questions du QS Sports – Majeurs 	NON
	Si une réponse « OUI » à une question du QS Sports - Majeurs 	OUI
Compétitions en eau Froide / glacée	Fournir un certificat médical de moins de 6 mois + ECG de moins de 6 mois établis par un cardiologue.	

ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A TOUTES LES QUESTIONS DU QS - FFN MAJEURS

(à remplir par le licencié demandant le renouvellement de sa licence ou son représentant légal s'il s'agit d'un majeur protégé)

Je soussigné(e) : [Nom - Prénom]

Nom du Club :

Demeurant :

..... [Adresse complète]

Atteste sur l'honneur :

- Avoir répondu **NON** à toutes les questions du QS - FFN Majeurs dont le contenu a été validé par le Cercle de Compétences Médical de la FFN

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à [Ville] le [date]

Signature du licencié
(ou de son responsable légal s'il s'agit d'un majeur protégé)

SUIVEZ NOUS SUR



ffnatation.fr