



## CERTIFICAT MÉDICAL ET DÉLIVRANCE DE LA LICENCE SPORTIVE

CNSS / DTN • avril 2020

Le code du sport (Art.L231-5) impose aux fédérations de veiller à la santé de ses licenciés et de prendre à cet effet, toutes les dispositions nécessaires.

Le décret 2016-1157 du 24 août 2016 rend obligatoire le certificat médical de non contre-indication (CMNI) pour toute pratique sportive, et en précise les contours (durée et renouvellement).

Suite aux recommandations de la commission nationale sport santé, la Fédération incite depuis de nombreuses années les licenciés à se soumettre régulièrement à un examen médical complet.

La souscription de l'option « petit braquet » ou « grand braquet » liée à la production d'un test d'effort de moins de 2 ans auprès de notre assureur fédéral permet des garanties supérieures en cas de décès par accident cardio-vasculaire ou vasculaire cérébral.

Notre pratique, qu'elle soit compétitive ou non, est un sport susceptible d'amener les sollicitations cardiaques à leur maximum, ce qui constitue le facteur déclenchant de nombre d'accidents vasculaires, coronariens essentiellement. Eu égard aux recommandations des sociétés de médecine du sport, il est vivement souhaitable, après 45 ans chez l'homme et 50 chez la femme, de consulter un médecin cardiologue qui décidera de l'opportunité d'une épreuve d'effort.

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2017, le certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive est obligatoire ainsi que la mise en place du questionnaire QS-SPORT (Cerfa 15699\*01).

Les dispositions fédérales sont les suivantes, **elles s'imposent pour tous les licenciés mêmes mineurs** :

- Formule de licence « Vélo rando » : Production d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclotourisme **tous les 5 ans**.
- Formule de licence « Vélo Sport » : Pour une pratique sportive avec participation à des épreuves à temps et/ou à classement (dites Cyclo sportives) (1) production d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition **tous les ans**.

Pour les années sans obligation de CMNI, le licencié doit attester auprès de la fédération avoir répondu par la négative à chacune des questions du « QS-SPORT ».

Les licenciés membres individuels doivent adresser **obligatoirement** une copie du certificat médical à la Fédération.

Le médecin fédéral national

(1) Conformément aux dispositions de son règlement la Fédération Française de Cyclotourisme n'organise pas ce type d'épreuves



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME



## CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE

Nom :

Prénom :

Club d'affiliation : 08238 - Les PédalouDoux Sud Luberon

N° de licence : En cours

Je soussigné(e), Dr

certifie avoir examiné ce jour

M. Mme. Mlle

Et qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication à la pratique du :

Cyclotourisme (licence vélo Rando)

Ou

Cyclisme en compétition (licence Vélo Sport)

A

Le

Signature et cachet du médecin :  
(Obligatoire avec ses coordonnées)

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>À ce jour</b>		
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

#### 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.



## ATTESTATION QS – SPORT

**Si vous avez répondu « non » à toutes les rubriques du questionnaire de santé :**

Vous devez obligatoirement compléter, signer et retourner l'attestation ci-dessous à la Fédération pour les membres individuels ou à votre club qui la conservera.

**Si vous avez répondu « oui » à au moins une rubrique du questionnaire de santé :**

Vous devez obligatoirement remettre à la Fédération pour les membres individuels ou à votre club un certificat médical. Celui-ci devra établir explicitement l'absence de contre-indication à la pratique du cyclotourisme datant de moins d'un an par rapport à la date de la demande de licence.

Par ailleurs, nous vous informons que le **questionnaire de santé** que vous avez renseigné, **vous est strictement personnel et ne doit en aucun cas être communiqué à la Fédération pour les membres individuels ou à votre club. Les réponses formulées par vos soins relèvent de votre responsabilité exclusive.**

.....✂.....

## ATTESTATION QS – SPORT

A compléter, à signer et à remettre obligatoirement à la Fédération pour les membres individuels ou au club pour les licenciés appartenant à une structure.

Je soussigné(e) :

né(e) le :

Pour les mineurs représentant légal de :

né(e) le :

N° de licence :

**Atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS – SPORT Cerfa N° 15699\*01) qui m'a été remis par la Fédération (ou par le club).**

Et

**Atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé.**

Et

**Reconnais que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive.**

Fait à

le

Signature du licencié(e) (ou du représentant légal pour les mineurs)

Signature



## FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

### EXAMEN MEDICAL TYPE (FACULTATIF) pouvant être prérempli par l'intéressé

Document à présenter à un médecin du sport, votre médecin référent ou un autre médecin de votre choix pour la délivrance du certificat de non contre-indication et à conserver.

#### Antécédents sportifs

Autres pratiques :

Cyclotourisme : Depuis combien de temps ?  
Volume de pratique (km/an) :

#### Antécédents médicaux

Familiaux : Maladies ou décès d'origine cardiaque dans la famille ?  Oui  Non  
Hypertension artérielle ?  Oui  Non  
Maladies métaboliques (diabète, cholestérol, triglycérides, ...) ?  Oui  Non  
La ou lesquelles ?

Personnels :  Age : plus de 45 ans ?  
 Hypertension artérielle  
 Diabète  
 Hyperlipidémie (diabète, triglycérides)  
 Tabagisme  
 Sédentarité (arrêt de toute pratique sportive régulière depuis plus d'un an)  
 Stress  
 Prise médicamenteuse : laquelle ?  
 Antécédents chirurgicaux : Lesquels ?  
 Autres : (vertiges, troubles visuels, crises convulsives, ...)

Examen clinique : Taille (m) : Poids (kg) :

Cardio-vasculaire : IMC : Pds (en Kg) / Taille<sup>2</sup> (m) =  
Périmètre abdominal :  
Signes fonctionnels à l'effort  Oui  Non  
Si Oui lesquels ? (Palpitations, douleurs thoraciques, gêne respiratoire, ...)

Auscultation cardiaque :  
TA de repos :  
Pouls de repos :  
Pouls périphériques tous perçus :  Oui  Non  
**ECG de repos** (vivement recommandé)

Pulmonaire : Signes fonctionnels à l'effort  Oui  Non  
Si Oui lesquels ? (Toux, gêne respiratoire, asthme, ...)

Appareil locomoteur : Rachis :  
Membres supérieurs :  
Membres inférieurs :

Neurologique : Troubles de l'équilibre : épreuve de Romberg yeux fermés =  
Troubles de la vision (corrigés ou pas) :  
Troubles de l'audition (corrigés ou pas) :  
Antécédent de crise convulsive :

Uro-génital :

Autres : État bucco-dentaire :