

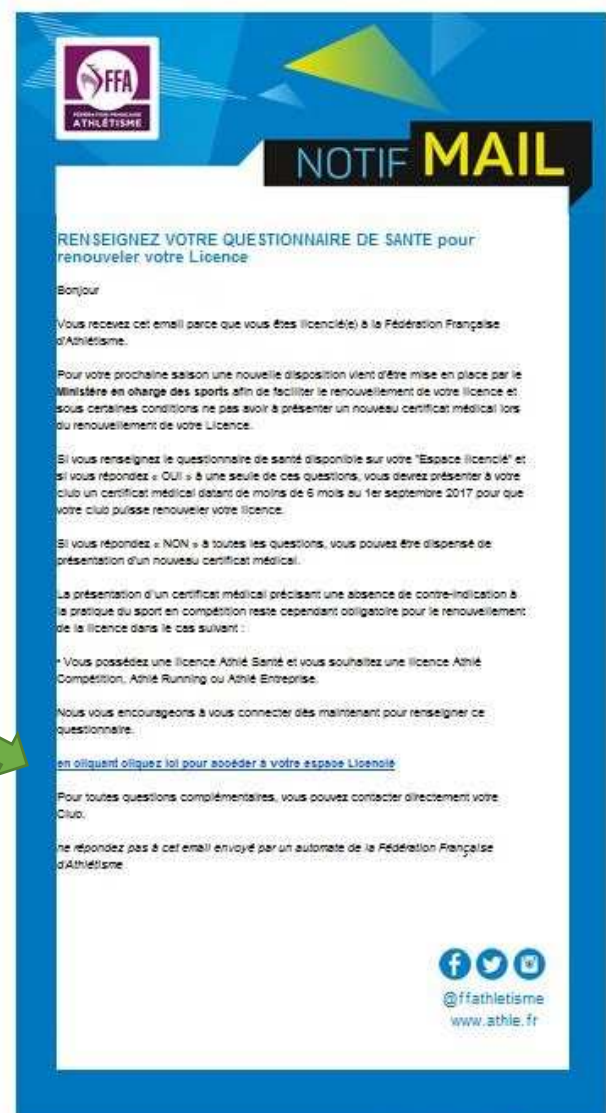


Questionnaire de santé, mode d'emploi

**Vous avez reçu un mail de ce type de la FFA
(fédération Française d'Athlétisme)**

"FFA - renseignez votre questionnaire de Santé pour
renouveler votre Licence"

Cliquez sur le lien
pour accéder à votre
espace licencié sur le
site FFA-Acteur



La page suivante s'affiche :

The screenshot displays the 'Espace du licencié' interface for the Fédération Française d'Athlétisme (FFA). The header includes the FFA logo and the text 'Espace du licencié Identité/Adresse'. A 'Fermer' button is located in the top right corner. The main content area is divided into two sections: 'Identité' and 'Adresse'. The 'Identité' section contains fields for Nom, Prénom, Sexe (Homme), Date de naissance, Refus EMail, Offre Partenaires, eMail, Tél. mobile, and Mode de communication préféré (Par e-Mail). The 'Adresse' section includes a dropdown for 'Type d'adresse' (Domicile), fields for Adresse Ligne 1, 2, and 3, Pays (FRANCE), Code postal (49125), and Ville (TIERCE). It also has fields for Téléphone, Télécopie, and checkboxes for 'Adresse principale' (Oui) and 'N'habite pas à l'adresse indiquée' (Non). A 'Modifier' button is positioned below the address section. On the left, a vertical sidebar lists various menu items, with 'Questionnaire Santé' at the bottom, highlighted by a green arrow.

Identité/Adresse

- Infos complémentaires
- Taille Equipement
- Attestation
- Questionnaire
- Entraîneur
- Performances
- Qualifications
- Récompenses
- Mandats-Missions
- Licence
- Carte Fidélité
- Pass Running
- Offres licencié
- Mot de Passe
- Morphologie
- Questionnaire Santé

Identité

Nom : [REDACTED] Prénom : [REDACTED]
Sexe : Homme
Date de naissance : [REDACTED] Refus EMail : [REDACTED] Offre Partenaires : [REDACTED] photo
eMail : [REDACTED]
Tél. mobile : [REDACTED] Mode de communication préféré : Par e-Mail

Adresse

Type d'adresse : Domicile
Adresse Ligne 1 :
Ligne 2 :
Ligne 3 : [REDACTED]
Pays : FRANCE
Code postal : 49125
Ville : TIERCE
Téléphone : [REDACTED] Télécopie :
Adresse principale : Oui N'habite pas à l'adresse indiquée : Non

Modifier

Cliquez sur
"Questionnaire santé"

La page suivante s'affiche :



Fédération Française
ATHLÉTISME

Espace du licencié
Questionnaire Santé

Fermer


- Identité/Adresse
- Infos complémentaires
- Taille Equipement
- Attestation
- Questionnaire
- Entraîneur
- Performances
- Qualifications
- Récompenses
- Mandats-Missions
- Licence
- Carte Fidélité
- Pass Running
- Offres licencié
- Mot de Passe
- Morphologie
- Questionnaire Santé**

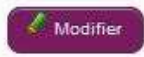
SAISON EN COURS

Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?
Avez-vous eu une perte de connaissance ?
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 ?
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?
A ce jour, 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 ?
A ce jour, votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?
A ce jour, pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?
Je refuse de répondre au questionnaire et je présenterai un nouveau certificat médical.

SAISON PROCHAINE

Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?
Avez-vous eu une perte de connaissance ?
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 ?
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?
A ce jour, 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 ?
A ce jour, votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?
A ce jour, pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?
Je refuse de répondre au questionnaire et je présenterai un nouveau certificat médical.

Cliquer sur "modifier" 



SAISON PROCHAINE

Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?

Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?

Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?

Avez-vous eu une perte de connaissance ?

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 ?


Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?


A ce jour, 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 ?

A ce jour, votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?

A ce jour, pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

Je refuse de répondre au questionnaire et je présenterai un nouveau certificat médical.

 Votre choix pour chaque case

Puis Cliquer sur "Valider" 



Fin de la procédure