

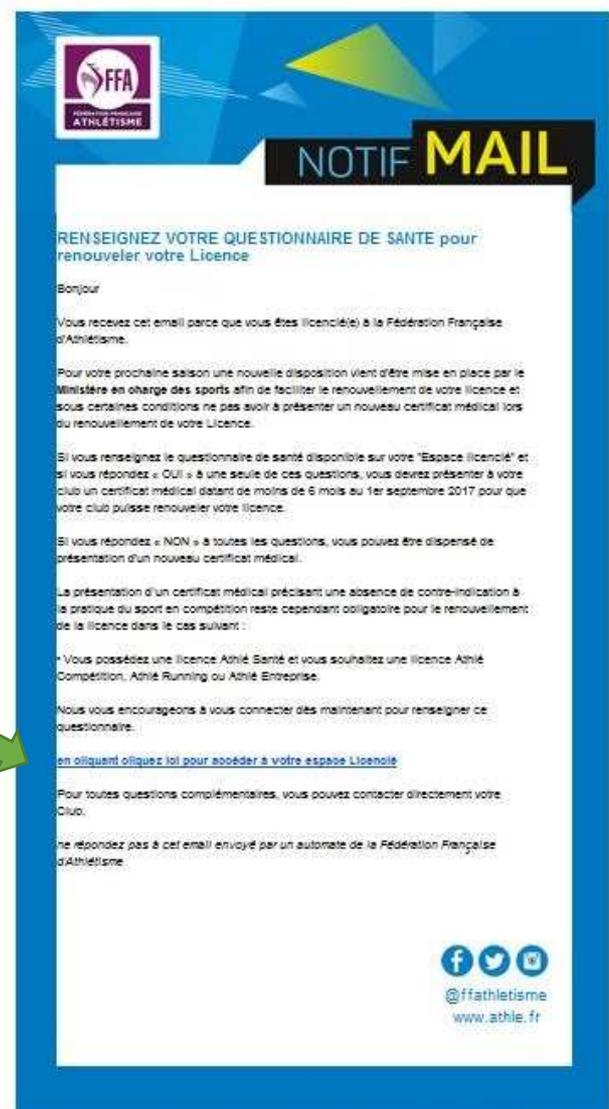


Questionnaire de santé, mode d'emploi

**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 shows the 'Espace du licencié' (Member Space) for the Fédération Française d'Athlétisme (FFA). The page is titled 'Identité/Adresse' and features a sidebar on the left with various menu items. The main content area is divided into two sections: 'Identité' (Identity) and 'Adresse' (Address). The 'Identité' section displays personal information such as name, sex, date of birth, and contact details. The 'Adresse' section shows the address type (Domicile), address lines, country (FRANCE), postal code (49125), and city (TIERCE). A 'Modifier' (Modify) button is located below the address section. A green arrow points to the 'Questionnaire Santé' (Health Questionnaire) option in the sidebar.

FFA
FÉDÉRATION FRANÇAISE
ATHLÉTISME

Espace du licencié
Identité/Adresse

Identité

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

Adresse

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

Modifier

Questionnaire Santé

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