

**RENOUVELLEMENT DE LICENCE**  
**(Saison 2025\_2026)**

**QUESTIONNAIRE DE SANTE**

**Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.**

Il est indispensable et urgent de consulter un médecin avant la reprise de l'entraînement et/ou de la compétition, si vous avez ressenti ou eu au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois :

- Une douleur dans la poitrine à l'effort ;
- Des palpitations (perception inhabituelle et anormale des battements cardiaques) ;
- Une perte de connaissance brutale au repos ou à l'effort ;
- Un essoufflement inhabituel à l'effort.

Nous vous invitons à adopter les bons réflexes pour votre pratique sportive en consultant les 10 règles d'or édictées par le Club des Cardiologues du Sport (*voir page ci-dessous*).

Il est nécessaire d'avoir l'avis d'un médecin pour statuer sur une contre-indication éventuelle ou un bilan préalable à une pratique intensive ou en compétition, si vous êtes dans une des situations suivantes :

- Vous êtes une femme de 45 ans ou plus et vous avez repris une activité physique intensive sans réaliser d'évaluation médicale de votre risque cardiovasculaire ;
- Vous êtes un homme de 35 ans ou plus et vous avez repris une activité physique intensive sans réaliser d'évaluation médicale de votre risque cardiovasculaire ;
- Vous cumulez au moins deux des facteurs de risque cardiovasculaire : âge supérieur ou égal à 50 ans, tabagisme, diabète, excès de cholestérol, hypertension artérielle, surpoids ou obésité ;
- Vous êtes suivi pour une maladie chronique ;
- Vous poursuivez après vos 60 ans une activité physique intensive ou en compétition ;
- Un membre de votre famille (parents, frère ou sœur, enfants) est décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ;
- Un membre de votre famille (parents, frère ou sœur) a présenté une maladie cardiaque avant ses 35 ans ;
- Vous ressentez une baisse récente inexplicquée de vos performances.

La Commission médicale de la FFRandonnée conseille fortement une consultation et un suivi médical si vous êtes dans une des situations suivantes :

- 1. Vous n'avez jamais réalisé d'électrocardiogramme (La Commission médicale recommande de réaliser au moins un ECG dans sa vie).
- 2. Au cours des douze derniers mois :
  - Vous avez arrêté le sport plus de 30 jours pour raisons de santé ;
  - Vous avez débuté un traitement médicamenteux de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ;
  - Vous pensez avoir, ou on vous a déjà fait remarquer que vous aviez, un problème avec la nourriture ;
  - Vous êtes une femme et vous n'avez plus de règles depuis plus de trois mois ;
  - Vous avez eu un traumatisme crânien ;
  - Vous pensez avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive.

Cœur et activité sportive :



**Les 10 règles d'or**

« Absolument, pas n'importe comment »

Recommandations édictées par le Club des Cardiologues du Sport

**1**  
Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou tout essoufflement anormal survenant à l'effort\*

**2**  
Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort\*

**3**  
Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort\*

**4**  
Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 min lors de mes activités sportives

**5**  
Je bois 3 ou 4 gorgées d'eau toutes les 30 min d'exercice, à l'entraînement comme en compétition

**6**  
J'évite les activités intenses par des températures extérieures  $< -5^{\circ}\text{C}$  ou  $> +30^{\circ}\text{C}$  et lors des pics de pollution

**7**  
Je ne fume pas, en tout cas jamais dans les 2 heures qui précèdent ou suivent ma pratique sportive

**8**  
Je ne consomme jamais de substance dopante et j'évite l'automédication en général

**9**  
Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre + courbatures)

**10**  
Je pratique un bilan médical avant de reprendre une activité sportive intense (plus de 35 ans pour les hommes et plus de 45 ans pour les femmes)

\* Quels que soient mon âge, mes niveaux d'entraînement et de performance ou les résultats d'un précédent bilan cardiologique.

Concepteur : FREDERIQUE COUBLET - Oullins photographie : Victor Inghes

[www.clubcardiosport.com](http://www.clubcardiosport.com)

41 Avenue de l'Aqueduc de Beaunant 69600 OULLINS

Contact : [Cascal.randoevasion@free.fr](mailto:Cascal.randoevasion@free.fr)

Site Internet : [www.cascal-rando.fr](http://www.cascal-rando.fr)

RNA : W691088543

Siret : 812 879 849 000 22

Affiliation : F.F.R.P. : 04360

**ATTESTATION POUR PARTICIPER AUX ACTIVITES DE LA FFRandonnée (Saison 2025\_2026)**

**Ce document doit être fourni par le licencié au club qui le conservera, lors du renouvellement de sa licence.**

**J'atteste sur l'honneur :**

- Comprendre qu'un ou plusieurs de ces symptômes peuvent être des signes de pathologie cardiaque à risque pour ma santé et représenter potentiellement un risque vital ;
- Avoir pris connaissance et m'engager à appliquer [les dix règles de bonne pratique du sport du Club des Cardiologues du Sport](#) ;
- Comprendre que certains antécédents familiaux, facteurs de risques cardio-vasculaires et maladies chroniques entraînent un risque lors de la pratique sportive et qu'ils nécessitent l'avis d'un médecin pour une pratique sécurisée ;
- Comprendre qu'un bilan médical à certains âges de la vie est nécessaire pour évaluer la compatibilité de mon état de santé avec ma pratique sportive et ses risques ;
- Comprendre que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou mes performances ;
- Prendre, ou avoir pris, les dispositions nécessaires (consultation médicale adaptée, arrêt temporaire de l'activité sportive) sécurisant l'entraînement ou la participation à une compétition sans risque pour ma santé ;
- Avoir lu et pris connaissance de toutes les informations et alertes indiquées dans le document ci-dessus (Questionnaire de santé) ;
- Prendre ou avoir pris note de la mise à disposition par la FFRandonnée de documents à ma destination contribuant à une pratique sans risque pour ma santé.

Nom et prénom :

Date :

Signature