Airbus Staff Associations
1 rond-point Maurice Bellonte

31700 BLAGNAC
www.aistaff.org

ANNEE 2023 / 2024

ATTESTATION – QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Pour le renouvellement de mon adhésion à Airbus Staff Associations

Dans le cadre de la demande de renouvellement de mon adhésion à Airbus Staff Associations, je soussigné(e) atteste avoir rempli le *Questionnaire de santé*, fixé par Arrêté du Ministre chargé des sports daté du 20 avril 2017 et publié au Journal officiel le 4 mai 2017 (Questionnaire QS-SPORT Cerfa N°15699*01),

Dans le respect du secret médical, je conserve strictement personnel ledit questionnaire, mais m'engage à remettre la présente attestation à l'association AIRBUS STAFF ASSOCIATIONS au sein de laquelle je sollicite le renouvellement de ma licence,

Conformément aux dispositions de l'article D.231-1-4 du Code du sport et aux dispositions de l'article 2 de l'Arrêté du 20 Avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellementd'une licence sportive et pouvant être appliquées aux sections sportives de Airbus Staff Associations :

☐ ***J'ai répondu NON à chacune des rubriques du questionnaire de santé d'Airbus Staff Associations :***

Dans ce cas je transmets la présente attestation à l'association d'Airbus Staff Associations au sein de laquelle je sollicite le renouvellement de mon adhésion.

☐ ***J'ai répondu OUI à une ou plusieurs rubriques du questionnaire de santé d'Airbus Staff Associations :***

Dans ce cas : je suis informé que je dois alors produire à Airbus Staff Associations un certificat médical attestant l'absence de contre-indication au sport que j'envisage de pratiquer.

Si j'ai répondu NON à chacune des rubriques du questionnaire de santé QS-SPORT, je n'ai donc pas de certificat médical à fournir. Cependant, cela implique que la responsabilité de Airbus Staff Associations et de son Président ne pourra pas être engagée en cas d'un quelconque incident ou accident lié à un problème de santé mentionné ou non dans le questionnaire de santé qui m'a été fourni et que j'ai dûment rempli.

De plus, j'atteste par la présente avoir pris connaissance des dispositions réglementaires qui régissent la discipline sportive que je souhaite pratiquer, mentionnées ci-après, et avoir coché les rubriques relatives aux sections sportives auxquelles je souhaite me réinscrire :

☐ **Athlétisme :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française d'Athlétisme relatives au certificat médical (art. 2.1.1 et 2.1.2 des Règlements généraux et art. 2.7 de la Circulaire administrative 2017/2018) disponibles sur le site internet de la Fédération.

☐ **Badminton :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française de Badminton relatives au certificat médical (art. 1 à 8 du Règlement médical et art. 6 du Guide du Badminton) disponibles sur le site internet de la Fédération.

☐ **Basketball :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française de Basketball relatives au certificat médical (art. 6 à 15 et art. 411 de l'Annuaire complet de la fédération) disponibles sur le site internet de la Fédération.

☐ **Cyclisme :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française de Cyclisme relatives au certificat médical (art. 7 à 10 du Règlement médical fédéral du 15 février 2018) disponibles sur le site internet de la Fédération.

☐ **Danse :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française de Danse relatives au certificat médical et des préconisations de la fédération française de danse sur le certificat médical et le questionnaire de santé, disponibles sur le site internet de la Fédération.

☐ **Équitation :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française d'Équitation relatives au certificat médical (art. 6.1 du Règlement Général et recommandations générales à l'attention du cavalier), disponibles sur le site internet de la Fédération.

☐ **Football :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française de Football relatives au certificat médical (art. 70 à 75 des Règlements généraux et art. 8 à 13 du Règlement de la commission fédérale médicale), disponibles sur le site internet de la Fédération.

☐ **Golf :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française de Golf relatives au certificat médical (art. 8 à 14 du Règlement médical fédéral et art. 4.5 du Vademecum) disponibles sur le site internet de la Fédération.

☐ **Gymnastique :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française de Gymnastique relatives au certificat médical (art. 3.1 et 3.2 du Règlement médical fédéral, Réglementation médicale incluse dans

le Règlement technique et de la Décisions du Comité Directeur de la Fédération du 11 décembre 2017) disponibles sur le site de la Fédération.

☐ **Haltérophilie, Musculation :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française d'Haltérophilie relatives au certificat médical, de la réforme du certificat médical opéré par le Ministère des sports, du modèle de non contre-indication à la pratique d'haltérophilie - musculation, ainsi quedes contre-indications mentionnées sur le site www.certifmed.fr.

☐ **Handball :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française de Handball relatives au certificat médical (art. 30.2 des règlements généraux et art. 9 à 16 du règlement médical), disponibles dans l'annuaire sur le site internet de la Fédération.

☐ **Kite-Surf :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française de vol libre relatives au certificat médical (art. 3 du Règlement médical fédéral) disponibles sur le site internet de la Fédération.

☐ **Pétanque :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française de Pétanque relatives au certificat médical (art. 8 à 10 du Règlement médical fédéral et art. 1, 6, 7, 8 et 21 du Règlement administratif et sportif) disponibles sur le site internet de la Fédération.

☐ **Randonnée,** (-2500m d'altit.) **:** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française de Randonnée relatives au certificat médical (art. 6 à 12 du Règlement médical) disponibles sur le site internet de la Fédération.

☐ **Ski, Snowboard :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française de Ski relatives au certificat médical (art. 1 et 2 de la Réglementation médicale relative aux licenciés) disponibles sur le site internet de la Fédération.

☐ **Ski Nautique, Wakeboard :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française de Ski Nautique et de Wakeboard relatives au certificat médical (art. 14 du Règlement fédéral et art. 8 à 14 du Règlement médical fédéral) disponibles sur le site internet de la Fédération.

☐ **Squash :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française de Squash relatives au certificat médical (art. 6 à 11 du Règlement médical fédéral et art. 2, 32 et 174 du Règlement sportif) disponibles sur le site internet de la Fédération.

☐ **Surf :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française de Surf relatives au certificat médical (art. 220 et 230

du Règlement intérieur national) disponibles sur le site internet de la Fédération.

☐ **Tennis/ Padel :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française de Tennis relatives au certificat médical (art. 193 à 197 des Règlements sportifs) disponibles sur le site internet de la Fédération**.**

☐ **Voile :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française de Voile relatives au certificat médical (art. 6 à 11 du Règlement médical et art. 67 du Règlement intérieur) disponibles sur le site internet de la Fédération.

☐ **Volley :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française de Volley relatives au certificat médical (art. 7 à 16 du Règlement général médical) disponibles sur le site internet de la Fédération.

☐ **Windsurf :** Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions règlementaires de la Fédération Française de Windsurf relatives au certificat médical (art. 6 à 11 Règlement médical et art. II.3.3 et II.3.4 du Règlement sportif) disponibles sur le site internet de la Fédération.

☐ **Si je souhaite pratiquer une des activités suivantes :**

- **Aquagym,**
- **Biodanza,**
- **Cross-training,**
- **Fitness,**
- **Méditation et relaxation,**
- **Pilates,**
- **Tao-Yin,**
- **Yoga,**
- **Zumba,**

Je reconnais avoir consulté un médecin ayant certifié que la pratique de cette activité est compatible avec mon état de santé.

NOM et prénom :

Date de naissance *(jj/mm/aaaa)* ***:***

Fait à_____, le :

Signature :