FÉDÉRATION CAMEROUNAISE DE VOLLEYBALL (FECAVOLLEY)
BP 6272 Dragage-Yaoundé · Cameroun · www.fecavolley.org · Membre FIVB / CAVB
Tél: 696 301 692 / 670 167 016 / 675 115 009 / 693 385 786 / vis.support@fecavolley.org ·

Saison 2026-2027

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

N° SAN-01

À remplir par le sportif majeur — confidentialité médicale
À remplir lisiblement · Cases ☐à cocher · Joindre les pièces demandées

IDENTITÉ

Nom & prénom _____ Date de naissance _____

Club _____ Téléphone _____

QUESTIONS (COCHEZ OUI OU NON)

N°	QUESTION	OUI	NON
1	Avez-vous déjà ressenti une douleur dans la poitrine à l'effort ?	☐	☐
2	Avez-vous déjà perdu connaissance pendant ou après un effort ?	☐	☐
3	Avez-vous déjà eu des palpitations, un souffle au cœur ou une hypertension ?	☐	☐
4	Y a-t-il des cas de mort subite avant 50 ans dans votre famille ?	☐	☐
5	Avez-vous de l'asthme, une allergie sévère ou un traitement de longue durée ?	☐	☐
6	Avez-vous déjà eu une fracture, entorse grave ou chirurgie articulaire ?	☐	☐
7	Souffrez-vous actuellement d'une blessure qui limite la pratique du volleyball ?	☐	☐
8	Prenez-vous des médicaments (hors contraception) de façon régulière ?	☐	☐
9	Avez-vous déjà été hospitalisé(e) au cours des 12 derniers mois ?	☐	☐
10	Portez-vous un appareil (prothèse, orthèse, implant) ?	☐	☐

Toute réponse « Oui » doit être précisée ci-dessous.

Précisions _____

DÉCLARATION

Je certifie avoir répondu sincèrement. Je m'engage à informer mon club et un médecin de tout changement de mon état de santé.

Fait à _____ , le ____ / ____ / _____

Date & signature du sportif