

La Fédération française de la retraite sportive a décidé, en application de la loi du 2 mars 2022, après avis réglementaire de sa Commission médicale, de mettre fin dès le 1er janvier 2023, à l'obligation de présenter, pour l'obtention d'une licence, un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive de loisir afin de faciliter et encourager l'accès aux activités proposées.

Toutefois, même si, de manière générale, la pratique d'une activité physique régulière est reconnue unanimement et universellement comme un élément bénéfique pour la santé, la FFRS vous recommande d'analyser avec votre médecin si, le cas échéant, la pratique des disciplines que vous envisagez doit être adaptée à votre état de santé.

Pour vous aider dans cette démarche, nous vous proposons « l'auto-questionnaire « Q-AAP+ » élaboré par la Haute Autorité de Santé, qui comporte sept questions de base.

- Une réponse positive à une ou plusieurs questions devrait vous inciter à une consultation médicale préalable.
- Ce document est bien sur **CONFIDENTIEL** et ne doit être communiqué qu'au médecin de votre choix.

« Auto-Questionnaire « Q-AAP+ » (Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique pour tous)

| Lisez les 7 Questions avec attention et répondez à chacune avec honnêteté par OUI ou par NON | | OUI | NON |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque <input type="checkbox"/> ou d'une hypertension <input type="checkbox"/> ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ressentez-vous une douleur à la poitrine au repos, ou au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'A.P ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissements ou avez-vous perdu conscience au cours des 12 derniers mois ? Répondez NON si vos étourdissements étaient liés à de l'hyperventilation (y compris pendant une A.P d'intensité élevée). | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous déjà été diagnostiqué d'une autre maladie chronique (autres qu'une maladie cardiaque ou d'hypertension artérielle) ? <i>Lister les maladies ci dessous :</i> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ? <i>Lister les maladies et les médicaments ci dessous :</i> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Avez-vous présentement (ou avez-vous eu dans les 12 derniers mois) des problèmes osseux, articulaires, ou des tissus mous (muscle, ligament, ou tendon) qui pourraient être aggravés par une augmentation d'A.P ? NB : Répondez NON si vous avez déjà eu un problème dans le passé, mais qui ne limite pas votre pratique d'A.P présente. <i>Lister vos problèmes médicaux ci dessous :</i> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous ne devriez pas faire d'A.P sans supervision médicale ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* Ce document est **CONFIDENTIEL** et ne doit être communiqué qu'au médecin de votre choix.