FFBB
FÉDÉRATION FRANÇAISE DE BASKETBALL

SAISON 2026/2027

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Spécifique arbitre

ANNEXE A

NOM : **Prénom:**

Date de naissance :

Taille (en cm) : **Poids (en kg):**

Question	Oui	Non
1/ Avez-vous des antécédents personnels de problème cardiaque ou respiratoire ?	☐	☐
2/ Avez-vous un traitement médicamenteux au long cours (tension, diabète, cholestérol ou à visée respiratoire … quels qu'ils soient, ou autre ...) ?	☐	☐
3/ Etes-vous fumeur ou consommez-vous des substances dites "récréatives" (quelles qu'en soient la fréquence et la quantité) ?	☐	☐
4/ Avez-vous dans votre famille des proches (ascendants, collatéraux et descendants) ayant présenté une affection cardiaque, un accident vasculaire cérébral où est décédé de mort subite non traumatique ou non accidentelle ?	☐	☐
5/ Actuellement ou depuis la dernière fois ou vous avez rempli ce questionnaire • Avez-vous ressenti des essoufflements inhabituels ? • Avez-vous ressenti des palpitations ? • Avez-vous ressenti des maux de tête ou des vertiges répétés ? • Avez-vous ressenti des douleurs dans la poitrine ? • Avez-vous perdu l'appétit ? • Avez-vous remarqué dans les mois précédents un changement de poids prise ou perte de poids sans modification des habitudes alimentaires ? • Avez-vous ressenti des moments de lassitude inexpliquée, des troubles psychologiques importants (Burn out, dépression, agression physique ou psychique…) ?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

J'atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

(Une seule réponse positive à ce questionnaire implique obligatoirement la consultation d'un médecin agréé FFBB afin de remplir le dossier médical arbitre et de respecter les consignes de validation médicales selon votre niveau d'arbitrage, votre âge et les résultats du bilan médical)

Fait le …… à……

Signature :

Document à transmettre à la Commission Médicale correspondant à votre niveau d'arbitrage