QUESTIONNAIRE DE SANTÉ
ÉCOLE MUNICIPALE DES SPORTS / FORMULE SPORTS
2025-2026

Nom de l'enfant : …… **Prénom de l'enfant : ……**

Ce questionnaire est à compléter par/pour l'enfant concerné par l'inscription :

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS

- Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, palpitations, essoufflement inhabituel ou un malaise ? ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous eu une perte de connaissance ? ☐ OUI ☐ NON
- Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ? ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? ☐ OUI ☐ NON

À CE JOUR

- Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite…) survenu durant les 12 derniers mois ? ☐ OUI ☐ NON
- Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? ☐ OUI ☐ NON
- Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, merci de consulter votre médecin traitant afin de nous fournir un certificat médical.

Je soussigné Madame/Monsieur ……., en ma qualité de représentant légal de l'enfant ……, certifie que toutes les informations communiquées ci-dessus sont exactes. Je sais qu'à travers ce questionnaire j'engage ma responsabilité en tant que représentant légal du sportif.

Date et signature(s) du/des responsable(s) :