



QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/> - Ton âge : ans		
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé(e) sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du mineur et de son représentant légal.</p> <p>Si vous avez répondu NON à toutes les questions, il n'est pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la participation aux cours collectifs de gymnastiques organisés par la Ville, vous n'avez pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez en remplissant le document ci-après avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande d'inscription.</p> <p>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : vous devez fournir un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique sportive datant de moins d'un an ou sa copie.</p> <p>Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné. Ce questionnaire est confidentiel et ne doit être remis qu'à un médecin si nécessaire.</p>		

Attention, même en cas de réponse négative à l'ensemble des questions, ce questionnaire ne doit pas être communiqué à la Ville, seule une attestation du/des titulaire(s) de l'autorité parentale ci-dessous doit être transmise.



Cours collectifs de gymnastique Année scolaire 2024-2025

ATTESTATION (Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur)

Je soussigné(e) :

Représentant(e) légal(e) de

- autorise, le mineur ci-dessus, à participer aux cours collectifs de gymnastique auxquels il est inscrit sous l'entière responsabilité du représentant légal déclaré ci-dessus, et certifie qu'il est apte à y participer.
- certifie sur l'honneur être majeur et avoir rempli conjointement avec le sportif mineur, le questionnaire santé et avoir répondu « non » à toutes les questions.

Date et signature du participant mineur
Facultatif

Date et signature du représentant légal
Obligatoire