|  |  |
| --- | --- |
| [Logo Villepreux](https://www.villepreux.fr/) | QUESTIONNAIRE DE SANTE  ECOLE MUNICIPALE DES SPORTS  2025-2026 |

Nom : …………………………………… Prénom : ………………………………… Date de Naissance : …………………………

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DURANT LES 12 DERNIERS MOIS** | **OUI** | **NON** |
| Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une cause cardiaque ou inexpliquée ? |  |  |
| Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, palpitations, essoufflement inhabituel ou un malaise ? |  |  |
| Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? |  |  |
| Avez-vous eu une perte de connaissance ? |  |  |
| 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 ? |  |  |
| Avez-vous un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A CE JOUR** | **OUI** | **NON** |
| 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 ? |  |  |
| Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? |  |  |
| Pensez-vous avoir besoin d’un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? |  |  |

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, merci de consulter votre médecin traitant afin de nous fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive.

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) :***