



QUESTIONNAIRE DE SANTE

ECOLE MUNICIPALE DES SPORTS

2026-2027

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) :