

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 passée ?			<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 beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu 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 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 ?			<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"/>
Etes-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 ? (examen médical 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"/>
Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et lui donner ce questionnaire rempli. Tu devras fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive.				



ATTESTATION - QUESTIONNAIRE DE SANTÉ - MINEUR

Je soussigné(e) M/Mme (Nom et Prénom) : atteste que le/la mineur(e) (Nom et Prénom) :, dont je suis le/la Représentant(e) légal(e), a renseigné le questionnaire de santé destiné aux mineurs souhaitant s'inscrire aux activités physiques et sportives du Centre Culturel Rachel Félix et a répondu par la négative à l'ensemble des questions. Par conséquent, j'atteste que le/la mineur(e) dont je suis le/la Représentant(e) légal(e) ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités auxquelles il/elle souhaite s'inscrire. Je reconnais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la Ville de Montmorency ne pourra être recherchée.

Date :

Signature :