



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ENFANT ECOLE DE SPORT

Dans le cadre de mon inscription auprès de l'école de Sport de Monts d'Arrée Communauté , je soussigné atteste avoir rempli le Questionnaire de santé ci-après.

Dans le respect du secret médical, je peux conserver strictement personnel le dit questionnaire et m'engage à remettre la présente attestation au responsable de l'école de sport.

J'ai répondu NON à
chacune des rubriques du
questionnaire



*dans ce cas : je transmets
la présente attestation
au responsable de l'école de
sport au sein duquel
je sollicite mon inscription*

J'ai répondu OUI à une ou
plusieurs rubriques du
questionnaire



*dans ce cas : je suis informé
que je dois produire à mon
club un certificat médical
datant de moins de 6 mois et
attestant l'absence de contre-
indication à la pratique des
différentes APS proposées.*

Nom et prénom de l'enfant :

Date :
Fait à :

Signature :

Attestation du représentant légal :

Nom et prénom du représentant légal :

Date :
Fait à :

Signature :



Questionnaire de santé QS-SPORT

Avvertissement 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.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec u médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille un garçon Ton âge : _____ ans

Depuis l'année dernière

- Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? oui non
- As-tu été opéré(e) ? oui non
- As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? oui non
As-tu beaucoup maigri ou grossi ? oui non
- As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? oui non
- As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ? oui non
- As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? oui non
- As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? oui non
- As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? oui non

Depuis l'année dernière

- As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? oui non
- As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? oui non
- As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? oui non
- Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)
- Te sens-tu très fatigué(e) ? oui non
- As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? oui non
- Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? oui non
- Te sens-tu triste ou inquiet ? oui non
- Pleures-tu plus souvent ? oui non
- Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? oui non

Aujourd'hui

- Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? oui non
- Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? oui non
- Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? oui non

Questions à faire remplir par tes parents

- 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 ?
- Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? oui non

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.) oui non