# Questionnaire de santé

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour votre réinscription à une activité sportive municipale.

Nom prénom du représentant légal : .....

Nom prénom de l'enfant : .....

Activité pratiquée : .....

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON* | OUI | NON |
|---|---|---|
| **Durant les 12 derniers mois** | | |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? | ☐ | ☐ |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | ☐ | ☐ |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | ☐ | ☐ |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? | ☐ | ☐ |
| 5) 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 ? | ☐ | ☐ |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | ☐ | ☐ |
| **A ce jour** | | |
| 7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc…) survenu durant les 12 derniers mois ? | ☐ | ☐ |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | ☐ | ☐ |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | ☐ | ☐ |

**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du représentant légal*

| Si vous avez répondu NON à toutes les questions : |
|---|
| Pas de certificat médical à fournir. |

| Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : |
|---|
| Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné. |

Date :

Signature du représentant légal :