



QUESTIONNAIRE DE SANTE ECOLE MUNICIPALE DES SPORTS 2026-2027

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour l'inscription ou le renouvellement à l'Ecole Municipale des Sports de votre enfant.

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

FAIRE DU SPORT : C'EST RECOMMANDE POUR TOUS. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ?
Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds pour OUI ou NON, mais il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

SI VOUS REPONDEZ NON A TOUTES LES QUESTIONS :

Pas de certificat médical à fournir.

SI VOUS REPONDEZ OUI A L'UNE DES QUESTIONS :

Certificat médical à fournir.

| DEPUIS L'ANNEE DERNIERE | 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 sans te souvenir de ce qui s'était passé ? | <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 sports ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu 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 très 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 quelques fois 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 A 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 ? (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). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendu nécessaire par l'état de l'enfant.

En renseignant ce formulaire, j'accepte que les informations communiquées soient exploitées à des fins exclusives par le service des sports, du (des) traitement(s) pour lesquelles elles sont recueillies, pour une durée de 10 ans.

En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 et des articles 12 et suivants du règlement (UE) 2016/679 du parlement européen du 27 avril 2016 (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles et les faire rectifier, supprimer, les limiter ou s'opposer à leur traitement, ou tout simplement retirer votre consentement, en adressant votre demande : par mail auprès de sports@andrzeieux-boutheon.com ou par courrier à l'intention du Service des Sports, 3 Impasse Albert Camus (Tel : 04 77 36 24 80), en n'oubliant pas de joindre une copie de la pièce d'identité.

Date :

Signature :