



## Inscription au dispositif "TICKET SPORTS"

### Questionnaire santé

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.

Nom de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : ..... Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_

| Répondez aux questions par OUI ou par NON*   | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| <b>Durant les 12 derniers mois</b>   |     |     |
| Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?  |     |     |
| Votre enfant a-t-il ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise?  |     |     |
| Votre enfant a-t-il eu un épisode de respiration sifflante (asthme)?   |     |     |
| Votre enfant a-t-il eu une perte de connaissance?  |     |     |
| Si votre enfant a arrêté les sport pendant 30 jours ou plus, a-t-il repris sans l'accord du médecin?   |     |     |
| Votre enfant a-t-il débuté un traitement médical de longue durée (hors désensibilisation aux allergies)?   |     |     |
| <b>A ce jour</b>   |     |     |
| Votre enfant ressent-il une douleur, un manque de force ou de raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois? |     |     |
| La pratique sportive de votre enfant est-elle interrompue pour des raisons de santé?   |     |     |
| Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour que votre enfant poursuive sa pratique sportive?   |     |     |
| <i>*NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité des responsables légaux de l'enfant</i>  |     |     |

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**  
PAS 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.

**En signant ce document, j'atteste que les réponses mentionnées sont exactes.**

Signature des représentants légaux (date et signature(s)) :