

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

(Cerfa n°15699*01)



Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON.

NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du parent d'élève.

Nom et prénom de l'élève : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Date : ____ / ____ / ____

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS

Questions	OUI	NON
1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	☐	☐
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) ?	☐	☐

À CE JOUR

Questions	OUI	NON
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 ?	☐	☐

- ☐ Si vous avez répondu NON à toutes les questions : aucun certificat médical n'est à fournir.
- ☐ Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : un certificat médical est à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

ATTESTATION

Je soussigné(e), représentant légal de l'élève, atteste avoir répondu avec exactitude au présent questionnaire de santé.

Nom et prénom du représentant légal : _____

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____

Signature :