

QUESTIONNAIRE SANTÉ 2024/2025

École Municipale des Sports

Nom : _____

Prénom : _____

Veillez répondre aux questions suivantes

Durant les 12 derniers mois, votre enfant :

A-t-il eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?

A-t-il eu une perte de connaissance ?

A-t-il arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé ?

A-t-il débuté un traitement de longue durée ?

(hors désensibilisation aux allergies)

A ce jour, votre enfant :

A-t-il ressenti une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite ...) survenu durant les 12 derniers mois ?

A-t-il, selon vous, besoin d'un avis médical pour s'inscrire à l'une des activités de l'EMS ?

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir

Date : _____

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Merci de fournir un certificat médical

Nom et signature
du représentant légal

