

# QUESTIONNAIRE SANTÉ 2024/2025

## École Municipale des Sports

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

### Veuillez 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

