



QUESTIONNAIRE DE SANTE

NOM de l'élève :

PRENOM de l'élève :

Date de naissance :

☐ Fille

☐ Garçon

âge :

ans

COCHEZ LES CASES CORRESPONDANTES AUX QUESTIONS SUIVANTES :

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :

- 1/ Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?
- 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/ Avez-vous 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 :

- 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, ect) 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 ?

OUI NON

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Si vous avez répondu OUI à une des questions, vous devez faire établir un certificat médical de moins de 3 mois

☒ Avez-vous d'autres problèmes ou précautions de santé à nous signaler vous concernant ?

☐ OUI, lesquels :

☐ NON

➤ Nous demandons aux élèves souffrant de pathologie nécessitant une action immédiate en cas de crise, comme l'asthme, de toujours se rendre aux cours en possession de leur traitement.

Fait à :

Le :

☐ Signature de l'élève majeur

☐ Responsable légal pour les mineurs