

Document à remplir et signer par le(s) parent(s) ou le représentant légal de l'enfant

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : Féminin Masculin

Répondre par OUI ou NON à chacune des questions suivantes en rayant la mention inutile

Depuis l'année dernière

1. Votre enfant a-t-il été hospitalisé une journée entière ou plusieurs jours ? OUI | NON
2. A-t-il été opéré ? OUI | NON
3. A-t-il beaucoup plus grandi que les autres années ? OUI | NON
4. A-t-il beaucoup maigri ou grossi ? OUI | NON
5. A-t-il eu la tête qui tourne pendant un effort ? OUI | NON
6. A-t-il perdu connaissance ou est-il tombé sans se souvenir de ce qui s'était passé ? OUI | NON
7. A-t-il reçu un ou plusieurs chocs violents qui l'ont obligé à interrompre momentanément une séance de sport ? OUI | NON
8. A-t-il eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? OUI | NON
9. A-t-il eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? OUI | NON
10. A-t-il ressenti des douleurs dans la poitrine ou des palpitations (cœur qui bat très vite) ? OUI | NON
11. A-t-il commencé à prendre un nouveau traitement quotidien ou de longue durée ? OUI | NON
12. A-t-il arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? OUI | NON

Depuis plus de deux semaines

13. Votre enfant se sent-il très fatigué ? OUI | NON
14. A-t-il du mal à s'endormir ou se réveille-t-il souvent la nuit ? OUI | NON
15. A-t-il moins d'appétit ? Mange-t-il moins ? OUI | NON
16. Semble-t-il triste ou inquiet ? OUI | NON
17. Pleure-t-il plus souvent que d'habitude ? OUI | NON
18. Ressent-il une douleur persistante ou un manque de force dû à une blessure survenue cette année ? OUI | NON

19. Un professionnel de santé lui a-t-il conseillé de modifier sa pratique sportive ou de changer de sport ? OUI | NON
20. Souhaitez-vous signaler un autre élément concernant sa santé ? OUI | NON
21. Quelqu'un dans sa famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant 50 ans ? OUI | NON
22. Êtes-vous inquiets pour son poids ? Avez-vous le sentiment qu'il mange trop ou pas assez ? OUI | NON
23. Votre enfant a-t-il manqué un examen médical obligatoire prévu à son âge ? (Ces examens sont prévus à 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans notamment). OUI | NON

Déclaration du (des) parent(s) ou représentant légal

- Je déclare répondre NON à chaque question**
- Je déclare répondre OUI à au moins l'une des questions et je devrai présenter un certificat médical**

>> Si toutes vos réponses sont NON, votre déclaration remplace le certificat médical. En la signant, vous vous engagez sur l'exactitude de vos réponses et reconnaissez que cette attestation tient lieu de justificatif auprès de l'Office des Sports d'Arras.

Vous vous engagez à informer l'Office des Sports d'Arras de toute évolution de l'état de santé de votre enfant.

⚠ Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, ou si vous refusez de répondre, un certificat médical doit être présenté au plus tard lors de la première journée des activités (13 ou 17 septembre en fonction de l'âge de votre enfant). Vous pouvez consulter un médecin en lui présentant ce questionnaire renseigné.

Fait à : _____ Le ____ / ____ / 2025

Nom, prénom et signature du (des) parent(s) ou représentant légal