

# Questionnaire de santé – Mineurs



À remplir par le représentant légal de l'enfant

---

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sexe :  M     F

Saison sportive : 20\_\_ / 20\_\_

---

## Questionnaire

Veuillez cocher **Oui** ou **Non** pour chaque question :

1. Votre enfant a-t-il déjà eu des malaises ou des pertes de connaissance à l'effort ou au repos ?  
  Oui     Non
  2. A-t-il déjà eu des douleurs dans la poitrine à l'effort ou au repos ?  
  Oui     Non
  3. A-t-il déjà été victime d'un souffle au cœur, d'une anomalie cardiaque ou a-t-il un suivi cardiologique ?  
  Oui     Non
  4. A-t-il des antécédents médicaux familiaux de mort subite ou de maladie cardiaque ?  
  Oui     Non
  5. A-t-il déjà eu des blessures ou des interventions chirurgicales récentes (moins d'un an) ?  
  Oui     Non
  6. Présente-t-il actuellement ou régulièrement des douleurs, une gêne ou une limitation à l'effort ?  
  Oui     Non
  7. A-t-il un traitement médical en cours pouvant avoir un impact sur la pratique du sport ?  
  Oui     Non
  8. A-t-il déjà été empêché de faire du sport pour des raisons médicales ?  
  Oui     Non
- 

**Si vous avez répondu "Oui" à une ou plusieurs questions, un certificat médical est obligatoire.**

---

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom et signature du représentant légal : \_\_\_\_\_