



QUESTIONNAIRE DE SANTE MINEUR

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		
As-tu été opéré(e)?		
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps?		
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		

*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.
Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : Certificat médical à fournir.

ATTESTATION : Je soussigné(e),(nom de l'enfant)
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions (avec mes parents).

Date : _____ Signature du responsable du mineur