



# ATTESTATION SANTÉ DANSEUR(SE) MINEUR(E)

(Conformément aux dispositions du Code du Sport - Décret n° 2021-564 du 7 mai 2021)

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Questionnaire confidentiel conservé par l'adhérent(e)

**Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :** il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données

Tu es : <input type="checkbox"/> une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/> Ton âge : ____ ans		
	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 ?		
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu très fatigué(e) ?		
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		
Te sens-tu triste ou inquiet ?		



# ATTESTATION SANTÉ DANSEUR(SE) MINEUR(E)

(Conformément aux dispositions du Code du Sport - Décret n° 2021-564 du 7 mai 2021)

Pleures-tu plus souvent ?		
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?		
<b>Aujourd'hui</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?		
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?		
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? <i>(Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)</i>		

- **Si vous avez répondu NON à toutes les questions** : Pas de certificat médical à fournir. Complétez et renvoyez l'attestation fournie sur la page suivante. *Seule l'attestation doit être remise à l'association.*
- **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions** : Certificat médical à fournir obligatoirement. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



# ATTESTATION SANTÉ DANSEUR(SE) MINEUR(E)

(Conformément aux dispositions du Code du Sport - Décret n° 2021-564 du 7 mai 2021)

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

**A remettre obligatoirement à l'association pour validation de l'inscription en danse**

Je soussigné(e), M./Mme \_\_\_\_\_, agissant en  
qualité de représentant légal de l'enfant :

**NOM de l'enfant :** \_\_\_\_\_

**Prénom de l'enfant:** \_\_\_\_\_

**Né(e) le :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

atteste que nous avons rempli ensemble le questionnaire de santé et que toutes les réponses sont négatives.

**En conséquence, je certifie qu'aucun certificat médical n'est requis pour la pratique sportive de mon enfant pour la saison en cours (hors disciplines à contraintes particulières).**

### **Rappel important :**

*Si vous avez coché "OUI" à une ou plusieurs questions, cette attestation n'est pas valable. Vous devez consulter un médecin et nous transmettre un certificat médical de non-contre-indication à la pratique de la danse.*

**Fait à :** \_\_\_\_\_

le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature du représentant légal**