

Déclaration sur l'honneur

Absence de contre-indication médicale

Je soussigné(e), M/Mme.....,
né(e) le, demeurant à

.....,
déclare sur l'honneur que mon enfant
ou moi-même peut pratiquer la danse sans contre-indication
médicale.

En effet, je déclare sur l'honneur avoir répondu NON à toutes
les questions du questionnaire de santé « QS-SPORT »

(Document Cerfa téléchargeable sur www.tempsdanse44.com)

Conformément au Décret N°2016-1157 du 24 Août 2016 relatif
au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication
à la pratique d'un sport, je n'ai pas besoin de fournir de
certificat médical pour la saison 2020-2021.

Fait à

Le

Signature de l'élève majeur ou du responsable légal pour les
mineurs :

Questionnaire obligatoire sur la pratique sportive des mineurs

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

☐ Questionnaire Santé – Sport rempli le :

Nom, Prénom de l'enfant : Date de naissance :

Avertissement à destination des parents de l'enfant : 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.		
Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.		
Tu es une fille ☐ un garçon ☐		Ton âge : _____ ans
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 ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
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 ?	☐	☐

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation ci-dessous.