



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LES MINEURS

Nom du mineur : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nom du représentant légal : _____

Veillez répondre aux questions suivantes par oui ou non. Toute réponse positive nécessite un certificat médical récent pour l'inscription de l'enfant aux activités de la section fitness.

1. Votre enfant a-t-il des douleurs thoraciques à l'effort ou au repos ?
 OUI NON
2. A-t-il des palpitations ou un rythme cardiaque anormal ?
 OUI NON
3. A-t-il déjà perdu connaissance sans raison apparente ?
 OUI NON
4. Présente-t-il un essoufflement inhabituel à l'effort ?
 OUI NON
5. A-t-il des douleurs ou des blessures récurrentes aux muscles ou articulations (ex. genoux, hanches) ?
 OUI NON
6. Suivi médical : votre enfant suit-il actuellement un traitement médical régulier ?
 OUI NON
7. Des antécédents familiaux de maladie cardiaque sont-ils connus ?
 OUI NON
8. Votre enfant est-il sujet à des allergies sévères, notamment en lien avec l'activité physique ?
 OUI NON
9. Votre enfant a-t-il une affection chronique pouvant impacter sa pratique sportive ?
 OUI NON

Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, veuillez consulter un médecin pour obtenir un certificat médical d'aptitude pour votre enfant.

Signature du représentant légal : _____

Date : _____