****

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ – MINEUR**

*(À remplir par le représentant légal)*

**Nom et prénom de l'enfant :** ..........................................................  
**Date de naissance :** ..........................................................  
**Adresse :** ..........................................................  
**Téléphone du responsable légal :** ..........................................................  
**Activité pratiquée :** ..........................................................

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

1. Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ?  
   ☐ Oui ☐ Non – Si oui, précisez la raison et la date :....................................................
2. A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ?  
   ☐ Oui ☐ Non – Si oui, précisez : ..........................................................
3. A-t-il des antécédents de fractures, entorses ou luxations ?  
   ☐ Oui ☐ Non – Si oui, précisez : ..........................................................
4. Présente-t-il une maladie chronique (asthme, diabète, épilepsie, etc.) ?  
   ☐ Oui ☐ Non – Si oui, précisez : ..........................................................
5. A-t-il des allergies connues (alimentaires, médicamenteuses, piqûres d’insectes, etc.) ?  
   ☐ Oui ☐ Non – Si oui, lesquelles ? ..........................................................
6. A-t-il déjà présenté des malaises, vertiges ou pertes de connaissance ?  
   ☐ Oui ☐ Non – Si oui, précisez : ..........................................................
7. A-t-il des antécédents de troubles cardiaques ou respiratoires ?  
   ☐ Oui ☐ Non – Si oui, précisez : ..........................................................
8. Suit-il un traitement médical en cours ?  
   ☐ Oui ☐ Non – Si oui, lequel ? ..........................................................
9. A-t-il déjà été dispensé de sport par un médecin ?  
   ☐ Oui ☐ Non – Si oui, précisez : ..........................................................
10. Avez-vous des remarques ou informations complémentaires à signaler ?  
    ☐ Oui ☐ Non – Si oui, précisez : ..........................................................

**DÉCLARATION DU RESPONSABLE LÉGAL**

Je soussigné(e), **..........................................................**, représentant légal de l’enfant, atteste avoir répondu avec sincérité à ce questionnaire de santé.  
Je comprends que si une ou plusieurs réponses sont positives, un certificat médical sera exigé pour la pratique de l’activité concernée.

**Fait à :** ..........................................................  
**Le :** ..........................................................  
**Signature du représentant légal :**