

## QUESTIONNAIRE DE SANTE -MINEUR-

**Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir ou pas un certificat médical pour l'inscription de votre activité au sein de l'association Familles Rurales.**

Répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**.

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1 – Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ?		
2 – Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3 – Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4 – Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
5 – Avez-vous eu du mal à respirer pendant ou après un effort par rapport à d'habitude ?		
6 – Si vous avez arrêté le pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?		
7 – Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		

A CE JOUR :	OUI	NON
8 – Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenue durant les 12 derniers mois ?		
9 – Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
10 – Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		
11 – Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (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).		

**NB :** Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du participant.

### SI VOUS AVEZ REPONDU NON A TOUTES LES QUESTIONS

Vous n'avez pas de certificat médical à fournir.

Compléter et signer l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez).

### SI VOUS AVEZ REPONDU OUI A UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

Il est nécessaire de consulter un médecin afin d'obtenir un certificat médical. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.



Partie à découper

### **ATTESTATION DE SANTE POUR VOTRE INSCRIPTION 2025/2026**

Je soussigné, ..... atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

À ..... ,  
le .....

Signature du pratiquant ou de son représentant légal.