

PISCINE : .....

ACTIVITE : .....

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR D'APTITUDE PHYSIQUE VALABLE SUR L'ENSEMBLE DES PISCINES DU TERRITOIRE EST ENSEMBLE POUR MINEUR**  
**ANNEXE II-23(ART.A.231-3) DU CODE DU SPORT**

*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.*

| <b>IDENTITE</b>  |     |     |
|--|-----|-----|
| Nom.....Prénom.....  |     |     |
| Sexe : Cochez : F : <input type="checkbox"/> .....M : <input type="checkbox"/> .....Date de naissance.....                                 |     |     |
| Responsable légal de l'enfant.....   |     |     |
| Adresse.....   |     |     |
| Code postal .....Commune.....  |     |     |
| Téléphone.....   |     |     |
| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON  |     |     |
|  | OUI | NON |
| <b>Depuis l'année dernière</b>   |     |     |
| Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant tout 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 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 ?   |     |     |
| <b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>  |     |     |
| 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 ?  |     |     |
| <b>Aujourd'hui</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>Question à faire remplir par tes parents</b>  |     |     |
| Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave au cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ? |     |     |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?   |     |     |

Toutes les réponses au questionnaire donne lieu à une réponse négative, dans le cas contraire vous devez fournir un certificat médical.

Je déclare que je / mon enfant (rayer la mention inutile) ne présente pas de contre-indication médicale pour participer à l'activité proposées par Est Ensemble, et dégage toute responsabilité de l'organisateur de cette activité.

Je m'engage à informer l'établissement en cas de problème médical survenant en cours de saison et pouvant avoir une incidence lors de la pratique d'activité physique.

Date :.../...../.....

Signature précédée de la mention « certifiée pour faire valoir »