



STAGE MULTISPORTS ET CITOYENNETÉ

été 2026

COMITÉ DÉPARTEMENTAL OLYMPIQUE ET SPORTIF DU LOIRET
02 38 49 88 46

adeline.gerardin@sportloiret.com

Maison des sports - 1240 rue de la bergeresse 45160 OLIVET

CDOS

LOIRET

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

NOM :	
Prénom :	Date de Naissance / /
Adresse du domicile :	
Code postal :	Ville :
Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	

RESPONSABLES LÉGAUX

RESPONSABLE N°1	RESPONSABLE N°2
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
<input type="checkbox"/> Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Autorité parentale

En cas de droit de garde restreint, la restriction devra être clairement exprimée et justifiée par la copie du jugement.

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.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Faire du sport, c'est recommandé pour toutes et tous.

Ce questionnaire n'est pas un contrôle avec des bonnes ou des mauvaises réponses. Il y a TES réponses.

Le mieux est de le remplir avec tes parents.

Durant les 12 derniers mois	Oui	Non
Es-tu allé-e à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré-e ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

... SUITE

Durant un certain temps (plus de 2 semaines)

	Oui	Non
Te sens-tu très fatigué-e ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aujourd'hui ...

	Oui	Non
Penses-tu quelquesfois à arrêter de faire du sport ou changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questions à faire remplir par tes parents

	Oui	Non
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du coeur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiets pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Si toi et tes parents ont répondu NON à toutes les questions, tu n'as pas besoin de fournir de certificat médical. Fais parvenir au Comité Départemental Olympique et Sportif du Loiret ce questionnaire rempli et signé.

Date :

Signature de l'enfant

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2

Si toi ou tes parents ont répondu Oui à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec Toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

Si le médecin t'autorise à pratiquer du sport, demande un certificat avec la mention "pratique multisports en initiation et découverte".

