

Autorisation parentale et attestation sur l'honneur pour un sportif mineur

Je soussigné(e) (nom et prénom du représentant légal) :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse complète : _____

Numéro de téléphone : _____

En ayant pris connaissance du règlement de l'événement, autorise mon enfant :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

à participer à l'épreuve suivante : _____

Il n'est plus nécessaire, pour les mineurs, de produire un certificat médical pour une inscription à une compétition sportive. La production d'un tel certificat demeure toutefois lorsque les réponses au questionnaire de santé du mineur conduisent à un examen médical.

Le questionnaire de santé du mineur (questionnaire qui se substitue au certificat médical) et qui est disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043486824>



Je confirme que nous avons complété le questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur et avons répondu NON à toutes les questions.
Vous n'avez pas à fournir une copie du questionnaire.

Fait le

A

Signature

<p><i>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.</i></p>		
<p>Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents (ou représentants légaux) de t'aider.</p>		
<p>Tu es une Fille <input type="checkbox"/> un Garçon <input type="checkbox"/></p>		<p>Ton âge : ans</p>
<p>Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON <i>Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité</i></p>		<p>OUI NON</p>
<p>Durant les 12 derniers mois :</p>		
1. Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé (e) sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</p>		
13. Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 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"/>
<p>Aujourd'hui :</p>		
19. Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Questions à faire remplir par tes parents (ou représentants légaux) :</p>		
22. Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 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.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Il est constaté que vous n'avez pas de contre-indication à la pratique de l'athlétisme/course à pied. Vous n'avez donc pas besoin de présenter un certificat médical pour participer aux Foulées Castelnaudaises.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Vous devez consulter un médecin et lui présenter le questionnaire de santé.

Ton inscription aux Foulées Castelnaudaises sera subordonnée à la présentation d'un certificat médical.