**ATTESTATION de SANTE pour les MINEURS**

**Cette attestation remplace le certificat médical pour les personnes mineures participant à une compétition sportive selon extrait du décret du 7 mai 2021 également consultable sur :**

<https://www.sports.gouv.fr/accueil-du-site/actualites/article/le-certificat-medical-de-non-contre-indication-a-la-pratique-sportive-remplace>

**Extrait du décret** : Les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur attestent auprès de la fédération que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, elles sont tenues de produire un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée datant de moins de six mois.

**Le questionnaire est confidentiel et ne doit pas être transmis à l’organisateur de l’évènement sportif. Seule l’attestation de santé est à transmettre avec l’inscription à la course**

L’une des personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur atteste de la compatibilité de l’état de santé de la personne mineure en fournissant, à la place du certificat médical, l’attestation ci-dessous. Le certificat médical peut cependant remplacer cette attestation.

**Attestation de santé qui vaut aussi autorisation parentale à transmettre à l’organisateur :**

Je soussigné

Nom : ………………………………………….. Prénom :…………………………………………..

Certifie que l’état de santé de mon enfant :

Nom : ………………………… Prénom : ……………………….. née le :……./…../….

lui permet de participer aux Foulées des 4 Portes de Rosheim du 26/09/2021 sur la course correspondant à sa catégorie d’âge . J’ai au préalable rempli le questionnaire de santé avec les réponses négatives aux différentes questions.

Fait à : ……………………….………….. le : …………………………….

Signature :

**Questionnaire confidentiel. Il ne doit pas être transmis à l’organisateur**

|  |
| --- |
| **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 de t'aider.**  |
| **Tu es une fille □ un garçon □**  | **Ton âge : □ □ ans**  |
| **Depuis l'année dernière**  | **OUI**  | **NON**  |
| Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute 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 de 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 ?  | □  | □  |
| Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)  |  |  |
| 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 ?  | □  | □  |
| Aujourd'hui  |  |  |
| 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 ?  | □  | □  |
| Questions à faire remplir par tes parents  |  |  |
| 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 ?  | □  | □  |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?  | □  | □  |
| 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.)  | □  | □  |
| Si tu as 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.  |