

SAVOIR NAGER
à l'Espace Nautique
Auguste-Delaune
Pour les enfants
de 6 à 11 ans



Vacances Apprenantes

*Un été pour apprendre, bouger
et s'amuser à Saint-Ouen !*

Du 4 juillet au 23 août 2026
Des stages gratuits

SAVOIR ROULER
au Grand Parc
de Saint-Ouen
Pour les enfants
de 9 à 11 ans



SAINT-OUEN-SUR-SEINE

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 SPORT MINEURS ANNEXE II-23 (Art.A 231-3) DU CODE DU SPORT

Faire du sport : c'est recommandé pour tou·tes. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il/elle 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.

Nom/Prénom de l'enfant :

Tu es : une fille un garçon

Ton âge :

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·e sans te souvenir de ce qui s'est passé ?

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
| As-tu eu 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 1 mois ou plus ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DEPUIS 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"/> |

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE

OUI NON

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Te sens-tu triste ou inquiet·ète ? | <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 quelquefois à arrêter de faire du sport ou à 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 POUR LES PARENTS

OUI NON

Quelqu'un·e dans votre famille proche a-t-il/elle eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il/elle décédé·e subitement avant l'âge de 50 ans ?

Êtes-vous inquiet·ète pour son poids ? Trouvez-vous qu'il/elle 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/elle t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

ATTESTATION DE RÉPONSE NÉGATIVE À TOUTES LES QUESTIONS DU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

(à remplir par les personnes exerçant l'autorité parentale sur le/la sportif·ve mineur·e)

Je soussigné·e[Nom - Prénom]

Demeurant :

.....
.....
.....[Adresse complète]

Atteste sur l'honneur :

- Avoir répondu NON à toutes les questions du Questionnaire de Santé

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à [Ville] Le.....[Date]

Signature de la personne
exerçant l'autorité parentale