

Discipline(s) _____
Jour(s) _____
Heure(s) _____



Engagement à respecter le règlement intérieur

Je soussigné(e), _____

Parent ou tuteur légal

de _____

Déclare par la présente avoir pris connaissance du Règlement Intérieur 2026-2027 de l'Ecole de danse Vortex.

En conséquence, j'accepte, sans réserve, l'ensemble des points et des conditions mentionnés dans ce règlement et m'engage à les respecter ainsi qu'à veiller à ce que mon enfant les respecte également.

Fait à _____

Le _____

Signature de l'intéressé (e) ou du responsable légal pour les mineurs:

Le certificat médical de non-contre indication à la pratique sportive remplacé par un questionnaire de santé pour les mineurs (hors disciplines à contraintes particulières)

- Le décret n° 2021-564 du 7 mai 2021 prévoit donc qu'il n'est désormais plus nécessaire, pour les mineurs, de produire un certificat médical pour l'obtention ou le renouvellement d'une licence dans une fédération sportive ou pour l'inscription à une compétition sportive organisée par une fédération. La production d'un tel certificat demeure toutefois lorsque les réponses au questionnaire de santé du mineur conduisent à un examen médical, mais également pour les disciplines à contraintes particulières.
- C'est l'Arrêté du 7 mai 2021 qui fixe le contenu du présent questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur, complété par des questions fédérales spécifiques aux activités subaquatiques hors disciplines à contraintes particulières.

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.

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 <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : ___ ans	
Depuis l'année dernière	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 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 1 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"/>

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)			
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			
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"/>	
Si oui, quoi?			

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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Êtes-vous inquiet 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 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"/>	
<p>Si une ou plusieurs cases OUI ont été cochées sur l'ensemble du questionnaire, il faut 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.</p>			
<p>Conseils de la Commission Médicale et de Prévention : les activités subaquatiques ne doivent pas faire mal, en particulier aux oreilles : équilibrer les oreilles régulièrement à la descente et ne jamais forcer. Le rhume peut gêner l'équilibrage des oreilles : dans ce cas, il faut privilégier des activités de surface, le temps qu'il guérisse.</p>			

NOM :
Date :

Prénom :
Signature

Discipline(s) _____
Jour(s) _____
Heure(s) _____



Declaration sur l'honneur

Je soussigné(e), Monsieur/Madame _____,

demeurant au _____

Parent ou tuteur légal de _____ né(e) le ___/___/___

déclare sur l'honneur avoir coché « Non » à toutes les questions figurant sur l'auto-questionnaire médical lors de l'inscription pour la saison 2026-2027.

Fait à _____

Le _____

Signature de l'intéressé (e) ou du responsable légal pour les mineurs: