

## Ça marche à fond les formes

### Attestation médicale

Questionnaire confidentiel à faire remplir par le médecin traitant de votre enfant et à renvoyer à : A DISPO, Unisanté,  
Route de Berne 113, 1010 Lausanne

Nom et prénom de l'enfant \_\_\_\_\_

Date de naissance de l'enfant \_\_\_\_\_

Sexe  F  M

Médecin traitant \_\_\_\_\_

Adresse complète du cabinet \_\_\_\_\_

Tél. du cabinet \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Maladie / problème de santé de l'enfant

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médicaments pris régulièrement

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dernier vaccin contre le tétanos \_\_\_\_\_

Date des dernières mesures de poids et taille \_\_\_\_\_

Poids \_\_\_\_\_

Taille \_\_\_\_\_

IMC\* \_\_\_\_\_

L'enfant participe-t-il aux cours d'éducation physique à l'école ?  OUI  NON

Si non, pour quelles raisons ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'enfant souffre-t-il de problèmes orthopédiques qui limitent son activité physique ?  OUI  NON

Si oui, lesquels ?

---

---

L'enfant souffre-t-il d'asthme d'effort ?  OUI  NON

Si oui, quel est son traitement ?

---

---

L'enfant est-il autorisé à aller à la piscine ?  OUI  NON

L'enfant est-il autorisé à mettre la tête sous l'eau ?  OUI  NON

L'enfant est-il autorisé à plonger ?  OUI  NON

Remarques

---

---

---

---

## Annexes

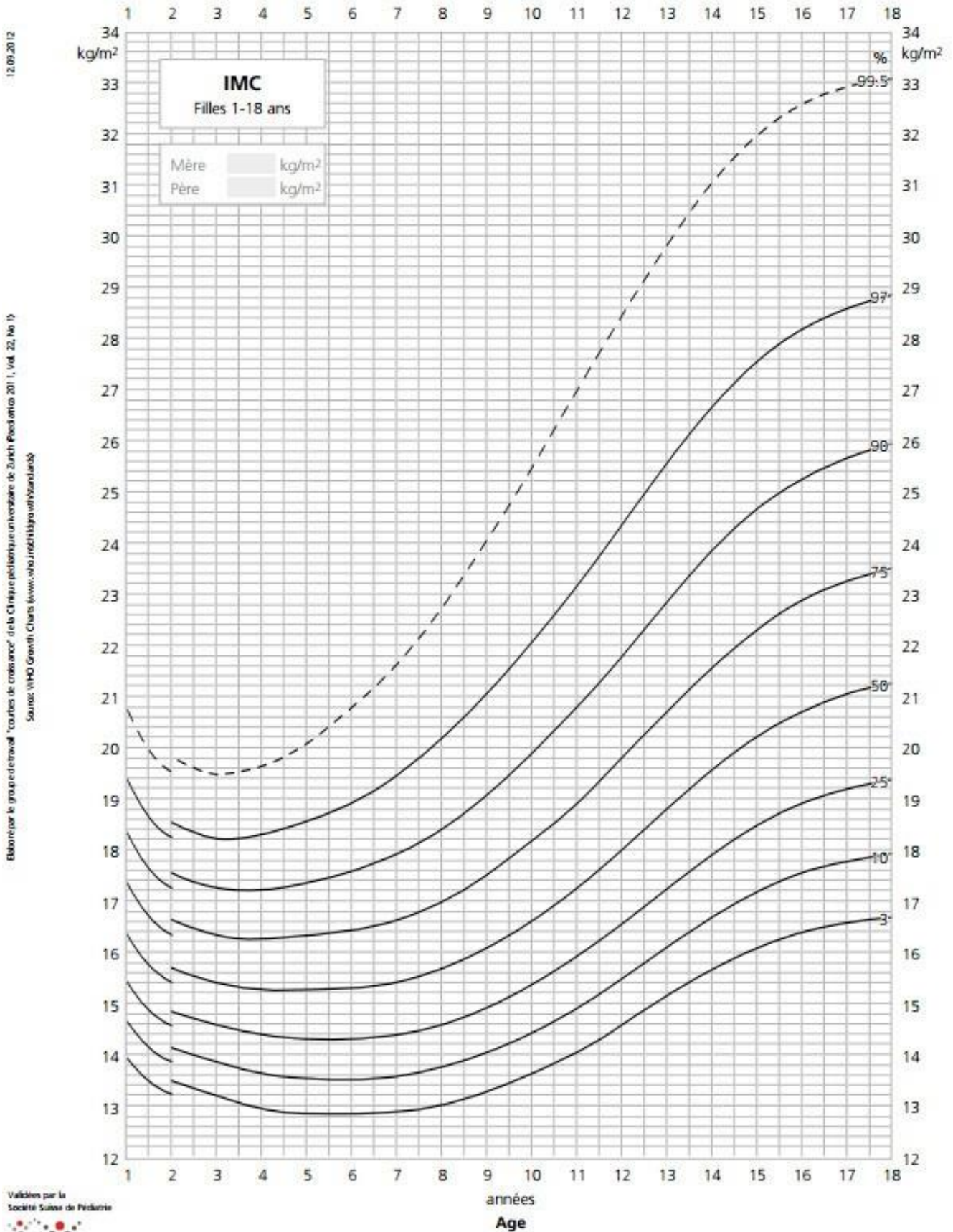
- Courbes de croissance IMC Filles 1-18 ans
- Courbes de croissance IMC Garçons 1-18 ans

Lieu et date \_\_\_\_\_

Signature du médecin traitant \_\_\_\_\_

**Timbre du médecin**

## IMC Filles 1-18 ans



## IMC Garçons 1-18 ans

