

**QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, 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.

|  |  |                          |
|--|--|--------------------------|
| <b>Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/></b>                       | <b>Ton âge : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans</b> |                          |
| <b>Depuis l'année dernière</b>   | <b>OUI</b>   | <b>NON</b>               |
| 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 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 un mois ou plus ?                           | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

| <b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines) :</b>  | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
| <b>Aujourd'hui</b>   |                          |                          |
| 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"/> |
| <b>Questions à faire remplir par tes parents</b>   |                          |                          |
| 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"/> |
| Etes-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 ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (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.*

Je soussigné ..... Représentant légal de ..... (nom prénom du mineur) né le .. / .. / .... à .....  
 Confirme la validité des réponses ci-dessus au questionnaire de santé et autorise sa participation le .. / .. / .... à l'épreuve sportive .....

Date et signature du représentant légal :