

# 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 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

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Fille ☐ Garçon ☐ Âge : \_\_\_\_ ans

EXEMPLAIRE A CONSERVER PAR L'ADHERENT

|                                 | Question                                                                                                                         | OUI                      | NON                      |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L' année dernière               | 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 une séance de sport ?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                 | As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort ?                                                                          | <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 ?                                                                              | <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"/> |
| Ces 2 dernières 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 ?                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                 | Sens-tu que tu as moins faim ?                                                                                                   | <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 ?                                                            | <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"/> |
| À faire remplir par les 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 50 ans ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                 | Êtes-vous inquiet pour son poids ?                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                 | Avez-vous manqué un examen de santé obligatoire ?                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si une ou plusieurs réponses sont « OUI », consultez un médecin avant la délivrance ou le renouvellement de la licence sportive.