

## Questionnaire de santé

Sportif mineur — annexe II-23, article A. 231-3 du Code du sport

### Avertissement aux parents ou au titulaire de l'autorité parentale

Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant ; c'est à vous d'estimer à quel âge il en est capable.

Il est de votre responsabilité de vous assurer qu'il 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, 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 ☐ un garçon ☐ 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(e) 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(e) 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"/> |

### DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE DEUX 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"/> |
| 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"/> |

## Questionnaire de santé

Suite

| 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 À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS                                                                                                                                               | OUI                      | NON                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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 est prévu à 2, 3, 4, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### À lire avant de rendre ce document

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voie avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

Ce questionnaire est conservé par la famille. Le club ne recueille que l'attestation signée, ou le certificat médical si une réponse est positive. Aucune réponse n'est transmise au club.