

# QUESTIONNAIRE DE SANTE

## Mineurs

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Sexe : Masculin  Féminin :  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

### *Depuis l'année dernière*

Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?

As-tu été opéré (e) ?

As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?

As-tu beaucoup maigri ou grossi ?

As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?

As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?

As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?

As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?

As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?

As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?

As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?

As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?

### *Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)*

Te sens-tu très fatigué (e) ?

As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?

Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?

Te sens-tu triste ou inquiet ?

Pleures-tu plus souvent ?

Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?

### *Aujourd'hui*

Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?

Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?

Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?

### *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 ?

Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?

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.)

NB: Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du responsable légal du licencié.

Je déclare répondre NON à chaque question et je serai éventuellement dispensé de la présentation d'un nouveau certificat médical.

Je déclare répondre OUI à au moins l'une des questions et je devrai présenter un nouveau certificat médical.

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :** Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions.

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, ou si vous refusez de répondre :** Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Date :

Signature des parents ou du représentant légal du licencié :