**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**

**(Annexe II-23, art. A. 231-3 du code du sport)**

***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.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Ton âge :** |
| **Tu es une fille □** | **un garçon □** | **□ □ ans** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Depuis l'année dernière** | **OUI** | **NON** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 ?** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Etes-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.)** |  |  |

**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.**