**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.**