

# QUESTIONNAIRE SANTÉ POUR LES MINEURS - de 15 ans

Depuis l'année dernière:	Oui	Non
-1- Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-2- As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-3- As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-4- As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-5- As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-6- As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-7- As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-8- As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-9- As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-10- As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-11- As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-12- As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines):</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-13- Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-14- As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-15- Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-16- Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-17- Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-18- 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"/>
<b>Aujourd'hui:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-19- Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-20- Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-21- Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questions à faire remplir par tes parents:		
-22- 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"/>
-23- Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-24- 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.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions**, le sportif mineur devra fournir un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique de l'athlétisme pour obtenir ou renouveler sa licence. Au moment de la visite présentez lui ce questionnaire rempli.

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions** : Pas de certificat médical à fournir. Simplement attester en remplissant ce questionnaire et en retournant une version papier au club.

Représentant légal : NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ SIGNATURE : \_\_\_\_\_