

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 »

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.

Tu es une fille un garçon

Ton âge : Ans

DEPUIS L'ANNEE DERNIERE :

- Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? Oui Non
- As-tu été opéré (e) ? Oui Non
- As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? Oui Non
- As-tu beaucoup maigri ou grossi ? Oui Non
- As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? Oui Non
- As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ? Oui Non
- As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? Oui Non
- As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? Oui Non
- As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? Oui Non
- As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? Oui Non
- As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? Oui Non
- As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? Oui Non

DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)

- Te sens-tu très fatigué (e) ? Oui Non
- As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? Oui Non
- Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? Oui Non
- Te sens-tu triste ou inquiet ? Oui Non
- Pleures-tu plus souvent ? Oui Non
- Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? Oui Non

AUJOURD'HUI

- Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? Oui Non
- Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? Oui Non
- Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? Oui Non

QUESTIONS A 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 ? Oui Non
- Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? Oui Non
- Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? Oui Non
- (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.