



Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Saison :

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS	OUI	NON
L'enfant a-t-il été à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il été opéré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il perdu connaissance ou est-il tombé sans se souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il reçu un ou plusieurs chocs violents qui l'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il eu mal dans la poitrine ou des palpitations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il commencé à prendre un médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis plus de 2 semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sent-il très fatigué ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il du mal à s'endormir ou se réveille-t-il souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il moins faim ? Mange-t-il moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sent-il triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleure-t-il plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressent-il une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure qu'il s'est faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
A REMPLIR PAR L'ENFANT		
Aujourd'hui penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, vous devez consulter un médecin pour qu'il examine l'enfant et voir avec lui quel sport lui convient

Fait le

à

Signature du parent ou de la personne ayant l'autorité parentale.

Ecrire la phrase manuellement : « *J'atteste avoir répondu non à toutes les questions lors de mon inscription en tenant compte des notifications indiquées à la suite du tableau* »