



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 2023-2024 en tenant compte des notifications indiquées à la suite du tableau »