

**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.

Nom

Prénom

Ton âge

**Depuis l'année dernière**

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

### **Depuis un certain temps**

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 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 ?  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

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.

Pour valider , écrire lu et approuvé avec nom et prénom :