Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

# Questionnaire de santé pour le renouvellement d'une licence d'une fédération sportive ou de l'inscription à une compétition sportive d'un mineur

*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.*

| **Depuis l'année dernière** | **OUI** | **NON** |
|---|---|---|
| Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? | ☐ | ☐ |
| As-tu été opéré(e)? | ☐ | ☐ |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? | ☐ | ☐ |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ? | ☐ | ☐ |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? | ☐ | ☐ |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ? | ☐ | ☐ |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? | ☐ | ☐ |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude? | ☐ | ☐ |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? | ☐ | ☐ |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? | ☐ | ☐ |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps? | ☐ | ☐ |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? | ☐ | ☐ |
| **Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)** | **OUI** | **NON** |
| Te sens-tu très fatigué(e)? | ☐ | ☐ |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | ☐ | ☐ |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | ☐ | ☐ |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | ☐ | ☐ |
| Pleures-tu plus souvent? | ☐ | ☐ |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | ☐ | ☐ |
| **Aujourd'hui** | **OUI** | **NON** |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | ☐ | ☐ |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | ☐ | ☐ |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | ☐ | ☐ |
| **Questions à faire remplir par tes parents** | **OUI** | **NON** |
| 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 ? | ☐ | ☐ |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | ☐ | ☐ |
| 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.) | ☐ | ☐ |

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.