Questionnaire de santé MINEUR

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.*

Cochez une seule des deux cases

NOM :..... **PRENOM :** .....

SEXE : ..... **DATE DE NAISSANCE :** .....

Depuis l'année dernière :	Oui	Non
1. Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		
2. As-tu été opéré (e) ?		
3. As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		
4. As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		
5. As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		
6. As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		
7. As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?		
8. As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		
9. As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		
10. As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		
11. As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		
12. 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
1. Te sens-tu très fatigué (e) ?		
2. As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		
3. Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		
4. Te sens-tu triste ou inquiet ?		
5. Pleures-tu plus souvent ?		
6. 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
1. Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		
2. Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		
3. Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		

Questions à faire remplir par tes parents :	Oui	Non
1. 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 ?		
2. Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?		
3. 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.)*		

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du responsable légal du licencié.

☐ **Je déclare répondre NON à chaque question et je serai éventuellement dispensé de la présentation d'un nouveau certificat médical**

☐ **Je déclare répondre OUI à au moins l'une des questions et je devrai présenter un nouveau certificat médical**

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : « Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence ».

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, ou si vous refusez de répondre : « Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez--lui ce questionnaire renseigné ».

Dans certaines situations particulières il n'est pas non plus possible d'utiliser l'ancien certificat médical et un nouveau certificat médical datant de moins de 6 mois devra être fourni : Vous demandez une licence de type Athlé Compétition ou Athlé Running ou Athlé Entreprise et vous aviez la saison dernière une licence Athlé Santé. Il n'est pas possible d'utiliser l'ancien certificat médical car ces types de licences exigent un certificat particulier portant la mention « pratique de l'athlétisme en compétition ».

Date et signature du représentant légal: