QUESTIONNAIRE SANTÉ
à l'attention des ATHLÈTES MINEURS

N° de licence : |__|__|__|__|__|__|__|

NOM : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Sexe : Homme ☐ Femme ☐

Date de naissance : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| jj/mm/aaaa

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 ? 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
- 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

(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 13ans et entre 15 et 16 ans.)

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

Cochez une seule des 2 cases :

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

☐ **Je déclare réponde 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.

Date : / /

Signature du licencié :

Signature des parents ou du représentant légal du licencié mineur :