QUESTIONNAIRE DE SANTE MINEURS

Préalable à la demande de licence

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour demander une licence au sein de la Fédération Sportive des ASPTT.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON.

**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** **:** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tu es** **:**(Fille - Garçon) **Ton** **âge** **:** | |  | |  | |
| **DEPUIS** **L'ANNEE** **DERNIERE** **:** | | | **OUI** | | **NON** |
| **1** | Es-tu allée(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 qu’il 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-u eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? | |  | |  |
| **10** | As-tu eu mal à la poitrine ou des palpitations (le cœur bat très vite) ? | |  | |  |
| **11** | As-tu eu 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 un mois ou plus ? | |  | |  |

**DEPUIS** **UN** **CERTAIN** **TEMPS** **(PLUS** **DE** **2** **SEMAINES)** **:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **13** | Te sens-tu fatigué(e) ? |  |  |
| **14** | As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? |  |  |
| **15** | Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ? |  |  |
| **16** | Te sens-tu triste ou inquiet(e) ? |  |  |
| **17** | Pleures-tu souvent ? |  |  |
| **18** | Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? |  |  |

**AUJOURD'HUI** **:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **19** | Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? |  |  |
| **20** | Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? |  |  |
| **21** | Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? |  |  |

**QUESTIONS** **A** **FAIRE** **REMPLIR** **PAR** **TES** **PARENTS** **:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **22** | 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 ? |  |  |
| **23** | Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez  ? |  |  |
| **24** | 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*** ***licencié.***

**SI** **TU** **AS** **REPONDU** **NON** **A** **TOUTES** **LES** **QUESTIONS** **:**

# Pas de certificat médical à fournir

Simplement attester, en cochant la case "Questionnaire de santé relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue e l'obtention ou du renouvellement d'une licence" sur ta demande de licence (en ligne ou papier).

**SI** **TU** **AS** **REPONDU** **OUI** **A** **UNE** **OU** **PLUSIEURS** **QUESTIONS** **:**

# Certificat médical à fournir

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.

# Représentant légal de l'enfant mineur

**NOM** **:** Date :

# Prénom :

**Signature**

***Enregistrer*** ***ce*** ***document*** ***sous*** ***le*** ***nom*** ***et*** ***prénom*** ***du*** ***pratiquant*** ***de*** ***l'activité***

***Vous*** ***pourrez*** ***ensuite*** ***le*** ***transmettre*** ***par*** ***mail*** ***ou*** ***le*** ***télécharger*** ***lorsque*** ***cela*** ***est*** ***nécessaire***