

## QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR

### Volet destiné aux parents ou responsable légal du licencié 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.**

|                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                           |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/></b>                                                                                                                                       |  | <b>Ton âge :</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans |                          |
| <b>Depuis l'année dernière</b>                                                                                                                                                                                           |  | OUI                                                                       | NON                      |
| 1) Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?                                                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 2) As-tu été opéré (e) ?                                                                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 3) As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 4) As-tu beaucoup maigri ou grossi ?                                                                                                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 5) As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?                                                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 6) As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 7) As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 8) As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 9) As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?                                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 10) As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 11) As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 12) As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>                                                                                                                                                                      |  |                                                                           |                          |
| 13) Te sens-tu très fatigué (e) ?                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 14) As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                                                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 15) Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?                                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 16) Te sens-tu triste ou inquiet ?                                                                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 17) Pleures-tu plus souvent ?                                                                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 18) Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?                                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Aujourd'hui</b>                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                           |                          |
| 19) Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 20) Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 21) Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Questions à faire remplir par tes parents</b>                                                                                                                                                                         |  |                                                                           |                          |
| 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 ?                                                                           |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 23) Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 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.) |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| <b>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.</b>          |  |                                                                           |                          |



## QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR

### **Volet à remettre à l'association**

Je soussigné(e) (*Nom, prénom*) ..... représentant légal de l'adhérent mineur..... (nom et prénom de l'enfant) atteste que mon enfant et moi-même avons répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 7 mai 2021, lors de la demande de renouvellement de la licence pour la saison sportive 2025/2026 au Club EPGV Club Santé Gymnastique Volontaire Puyloubier

A ....., le .../.../...

Signature