

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Sportifs mineurs - à compléter avec l'aide d'un parent

CONFIDENTIEL

Ce questionnaire n'est pas un contrôle : il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

NOM ET PRÉNOM DU JEUNE

ÂGE

TU ES

☐

une fille

☐

un garçon

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(e) sans te souvenir de ce qui s'était passé ?

☐☐

7

As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé(e) 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 ?

☐☐

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Sportifs mineurs - à compléter avec l'aide d'un parent

CONFIDENTIEL

DEPUIS UN CERTAIN TEMPS - PLUS DE 2 SEMAINES

OUI

NON

13

Te sens-tu très 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/inquiète ?

☐☐

17

Pleures-tu plus 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

OUI

NON

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 ?

☐☐

MESSAGE AU JEUNE

Faire du sport est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ?

Si quelque chose t'inquiète, parle-en à un adulte de confiance ou à ton médecin.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

CONFIDENTIEL

Partie réservée aux parents ou au représentant légal

Il est préférable que le jeune complète lui-même le questionnaire dès qu'il en est capable. Il appartient à la personne exerçant l'autorité parentale de vérifier les réponses et de suivre les instructions.

QUESTIONS À COMPLÉTER PAR LES PARENTS

OUI

NON

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

Êtes-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 ? (Prévu à 2, 3, 4, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)

☐☐

TOUTES LES RÉPONSES SONT NON

La personne exerçant l'autorité parentale peut attester que toutes les rubriques ont reçu une réponse négative.

AU MOINS UNE RÉPONSE EST OUI

Consultez un médecin et remettez-lui ce questionnaire. Un certificat médical de moins de 6 mois sera nécessaire.

ATTESTATION PARENTALE

Je soussigné(e), personne exerçant l'autorité parentale, atteste avoir vérifié que chaque rubrique du questionnaire a donné lieu à une réponse négative.

NOM ET PRÉNOM DU REPRÉSENTANT LÉgal

LIEN AVEC LE JEUNE

LIEU

DATE

SIGNATURE

Important

Ce questionnaire est personnel et confidentiel. Sauf instruction contraire de l'organisme, seule l'attestation parentale est à remettre. Les disciplines à contraintes particulières peuvent rester soumises à des exigences médicales spécifiques.