



QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LES MINEURS

Pour simplifier l'inscription à un club et faciliter le renouvellement d'une licence, la présentation d'un certificat médical n'est plus obligatoire. Il est remplacé par un questionnaire de santé de l'enfant. Ce questionnaire comporte plusieurs questions sur l'état de santé physique et mental de l'enfant. Il est préférable qu'il soit complété par l'enfant lui-même, lorsque le parent estime qu'il est en âge de le faire. Trois questions s'adressent directement aux parents qui doivent également s'assurer que le questionnaire est correctement complété et suivre les instructions en fonction des réponses données.

- Si toutes les réponses sont négatives, il suffit de compléter et présenter l'attestation ci-dessous au club. Afin de respecter le secret médical, le questionnaire de santé ne doit pas être remis au club ni à la Fédération
- Si une ou plusieurs réponse(s) sont positives, il faut consulter un médecin pour établir un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive. Il est utile de lui apporter le questionnaire complété. La présentation du certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive reste obligatoire pour les sports pratiqués en compétition, pour lesquels le combat peut prendre fin par hors-combat (K-O).

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.

| Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/> | Ton âge : ans | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Depuis l'année dernière : | OUI | NON |
| Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu été opéré (e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depuis un certain temps (plus de 2 semaines) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Te sens-tu très fatigué (e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleures-tu plus souvent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
| Aujourd'hui : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Questions à faire remplir par tes parents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |
| 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. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

✂✂✂-----

ATTESTATION POUR LES PERSONNES MINEURES Dans le cadre de la mise en application des articles D. 231-1-4-1 et A. 231-3 du Code du Sport.

Je soussigné(e) M/Mme¹ _____
Exerçant l'autorité parentale sur ², _____
atteste que chacune des rubriques du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur a donné lieu à une réponse négative.

Fait à _____, le . / . / _____,
Signature de la personne exerçant l'autorité parentale :

1 Préciser le prénom et nom de la personne exerçant l'autorité parentale
2 Préciser les prénom et nom de l'enfant mineur