

## QUESTIONNAIRE DE SANTE « SPORTIF MINEUR » PRÉALABLE A L'OBTENTION OU AU RENOUELEMENT DE LA LICENCE.

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.

Tu es une fille  tu es un garçon  ton âge.....ans

### 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 ? OUI  NON

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 ? OUI  NON  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

Questionnaire 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 ? OUI  NON  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 ? (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.) OUI  NON

**Si toi ou tes parents avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Vous devez 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.

**Dans ce cas un certificat médical est nécessaire pour que tu puisses pratiquer le badminton.**

**Si toi ou tes parents avez répondu Non à toutes les questions :**

**Pas de certificat médical à fournir.**

Attestez simplement, à l'aide de l'attestation ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions

## ATTESTATION

Je soussigné(e), **NOM : PRÉNOM :**

en ma qualité de représentant légal de :

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé « Sportif mineur » et a répondu par la **négative** à l'ensemble des questions.

Date :

Signature du représentant légal :