

# Questionnaire de santé pour le 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.

| Tu es une fille : <input type="checkbox"/> un garçon : <input type="checkbox"/> Ton âge : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans                                                                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Depuis l'année dernière,</b>                                                                                                                                                                                          | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
| 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(e) sans te souvenir de ce qu'il s'était passé ?                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé(e) 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>                                                                                                                                                                     | <b>OUI</b>               | <b>NON</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>                                                                                                                                                                                                      | <b>OUI</b>               | <b>NON</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>                                                                                                                                                                       | <b>OUI</b>               | <b>NON</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. Êtes-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>          |                          |                          |

## Volet à remettre à l'association

### ATTESTATION EN VUE DE L'OBTENTION / DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE FÉDÉRALE

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 d'obtention ou de renouvellement de la licence pour la saison sportive  
 2026/2027, club affilié : ..... (nom du club à compléter)

À....., le ...../...../..... Signature :

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE SPORT VITALITÉ