

Questionnaire de santé

Qui remplit le questionnaire ?

Il est préférable que le questionnaire ci-dessous soit complété par le mineur s'il en est capable. Il est toutefois de la responsabilité des parents ou de la personne exerçant l'autorité parentale de s'assurer qu'il 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 ? | | |
| As-tu été opéré (e) ? | | |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? | | |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ? | | |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? | | |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ? | | |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? | | |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? | | |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? | | |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? | | |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? | | |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? | | |
| Depuis un certain temps (plus de 2 semaines) | | OUI NON |
| Te sens-tu très fatigué (e) ? | | |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | | |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | | |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | | |
| Pleures-tu plus souvent ? | | |
| 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 |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | | |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | | |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | | |
| Questions à faire remplir par tes parents | | OUI NON |
| 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 ? | | |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | | |
| 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.) | | |

Attention :

- Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du représentant légal du licencié mineur.
- Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions :
⇒ Attestation ci-après à fournir au club – Pas de certificat médical.
- Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :
⇒ Le certificat médical est obligatoire pour l'accès au stage.

☒

Attestation
(Pour les
mineurs)

Je soussigné :

Nom : Prénom
:

Représentant légal de l'enfant
:

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à son accès au stage loisirs du RCCFM

Atteste avoir répondu NON à toutes les questions.
Fait
à le

Signat
ure