



QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR MINEUR

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.

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 quelques fois 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 50ans ?		
Êtes-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 médicales prévu à l'âge de 2ans, 3ans, 4ans, 5ans, entre 8 et 9ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16ans)		
L'enfant est-il reconnu en situation de handicap pouvant contre-indiquer la pratique de certaines activités physiques et sportives ?		

SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS : Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS : Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

ATTESTATION DE SANTE:

Nom : Prénom : Age.....
 Activité(s) pratiquée(s) au CSAD :

Par la présente, je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance de ce questionnaire et j'atteste avoir :

Répondu **NON** à toutes les questions ; dans ce cas vous n'avez pas de formalités médicales supplémentaires.*

Répondu **OUI** à une ou plusieurs question(s) ; **dans ce cas veuillez nous transmettre un certificat médical.**

Fait à

le,

Signature

*** Toute fausse déclaration entraîne la nullité de l'assurance.**