Questionnaire de santé pour **un.e mineur.e**



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 Un garçon Quel âge as-tu ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 ? |  |  |

**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.**

**Rappel :**

Ce questionnaire de santé est anonyme et conservé par le.la licencié.e. Il ne sera pas transmis à l’association lors de la demande de licence Ufolep. Pour attester avoir respecté la procédure ministérielle, compléter les informations sur le formulaire de demande de licence Ufolep (case à cocher attestant avoir répondu par la négative à l’ensemble des questions du formulaire santé ou fourniture du certificat médical le cas échéant).