

# 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).