



**Questionnaire santé J.O du 8/5/2021 arrêté du 7/5/2021**

**Qui est concerné ?**: Le licencié **MINEUR** qui demande l'obtention ou le renouvellement de sa licence

**Qui remplit le questionnaire ?**: Il est préférable que le questionnaire ci-dessous soit complété par le licencié 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.

<b>Faire du sport</b> : 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 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="text"/> ans
<b>DEPUIS L'ANNEE DERNIERE</b>		
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant 1 mois ou plus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>DEPUIS UN CERTAIN TEMPS(PLUS DE 2 SEMAINES)</b>		
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>QUESTIONS A FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS</b>		
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"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 <b>2 ans,3 ans,4 ans,5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans</b> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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-dessous** à fournir à votre club – pas de certificat médical.

➤ Si vous avez répondu **OUI** à une ou à plusieurs questions :

➡ Le certificat médical de non contre-indication à la pratique et en compétition établi par un médecin du sport (conseillé) ou votre médecin de famille, est obligatoire pour l'obtention ou le renouvellement de la licence

**ATTESTATION (POUR LES MINEURS)**

Je soussigné(e) Nom.....Prénom.....

Représentant légal de l'enfant : .....

**Licence n°** : ..... **Club** : VAILLANTE OLYMPIQUE MONTALBANAISE

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à sa demande de licence à la FFG ou à la FFL-DA ou à la FSGT pour la saison 2021-2022

➤ **ATTESTE AVOIR REPONDU NON A TOUTES LES QUESTIONS**                      SIGNATURE RESPONSABLE LEGAL

Fait à :.....le.....