



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

**Qui est concerné ?**: L'adhérent **MINEUR**

**Qui remplit le questionnaire ?**: Il est préférable que le questionnaire ci-dessous soit complété par l'adhérent 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 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>					<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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 1 mois ou plus?						
<b>DEPUIS UN CERTAIN TEMPS(PLUS DE 2 SEMAINES)</b>					<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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 ?						
<b>AUJOURD'HUI</b>					<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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 ?						
<b>QUESTIONS A FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS</b>					<b>OUI</b>	<b>NON</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 ?						
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 <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> )						

**Attention** :Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du représentant légal de l'adhérent 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 l'adhésion

**ATTESTATION (POUR LES MINEURS)**

Je soussigné(e) Nom.....Prénom.....

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

**Club** : VAILLANTE OLYMPIQUE MONTALBANAISE

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à sa demande d'adhésion au club pour la saison 2022-2023.

➤ **ATTESTE AVOIR REPONDU NON A TOUTES LES QUESTIONS**

**SIGNATURE RESPONSABLE LEGAL**

Fait à :.....le.....