

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.

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	
DEPUIS L'ANNEE DERNIERE			
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?			OUI
As-tu été opéré (e) ?			NON
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?			
DEPUIS UN CERTAIN TEMPS(PLUS DE 2 SEMAINES)			
Te sens-tu très fatigué(e) ?			OUI
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?			NON
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			
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?			OUI
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?			NON
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?			
QUESTIONS A FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS			
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 ?			OUI
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?			NON
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 2 ans,3 ans,4 ans,5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans)			

Attention :Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du représentant légal du licencié mineur.

Si tu as répondu **NON** à toutes les questions :

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

Si tu as répondu **OUI** à une ou à 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, un certificat médical de non contre indication à la pratique et en compétition sera alors obligatoire.

DECLARATION SUR L'HONNEUR CONCERNANT LE QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR

Je soussigné(e) Nom.....Prénom.....

Représentant légal de l'enfant MINEUR :

Atteste avoir pris connaissance et renseigné le questionnaire de santé relatif à l'état de santé du sportif mineur et m'engage à en respecter les recommandations pour la saison 2025-2026

TALON RETOUR CLUB: Vaillante Olympique Montalbanaise

SIGNATURE RESPONSABLE LEGAL

Fait à :le...../...../.....