2025/2026

Questionnaire Santé Mineur

Enfant

NOM :

Prénom :

Représentant légal

NOM :

Prénom :

FAIRE DU SPORT, C'EST RECOMMANDÉ POUR TOUTES ET 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. 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

Tu as : ____ ans

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE :

Es-tu allé.e à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	Oui ☐	Non ☐
As-tu été opéré·e ?	Oui ☐	Non ☐
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	Oui ☐	Non ☐
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	Oui ☐	Non ☐
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	Oui ☐	Non ☐
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé.e sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	Oui ☐	Non ☐
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé.e à interrompre un moment une séance de sport ?	Oui ☐	Non ☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à l'habitude ?	Oui ☐	Non ☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	Oui ☐	Non ☐
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	Oui ☐	Non ☐
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	Oui ☐	Non ☐

DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)

Te sens-tu très fatigué·e ?	☐ Oui	☐ Non
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐ Oui	☐ Non
Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?	☐ Oui	☐ Non
Te sens-tu triste ou inquiet.e ?	☐ Oui	☐ Non
Pleures-tu plus souvent ?	☐ Oui	☐ Non
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	☐ Oui	☐ Non

AUJOURD'HUI :

Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐ Oui	☐ Non
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	☐ Oui	☐ Non
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	☐ Oui	☐ Non

QUESTIONS À 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	☐ Non
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐ Oui	☐ Non
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? *	☐ Oui	☐ Non

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, montre-lui ce questionnaire de santé rempli.
SI TU AS RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS, tu n'as pas besoin de présenter un certificat médical lors de ton inscription à un club sportif ni pour la délivrance ou le renouvellement de ta licence sportive. Tu peux donc pratiquer une ou plusieurs activités sportives de ton choix, à l'exception de certaines activités sportives à contraintes particulières pour lesquelles un certificat médical reste nécessaire. Pour connaître la liste de ces activités renseigne-toi auprès de ton club.

CE QUESTIONNAIRE EST STRICTEMENT PERSONNEL. Toi ou ton/tes parent·s n'avez pas à le présenter lors de l'inscription dans un club sportif ni pour la délivrance ou le renouvellement d'une licence sportive. Le club sportif te remettra une **ATTESTATION SUR L'HONNEUR** que ton/tes parent·s devront renseigner et signer, et que tu devras remettre au club sportif lors de ton inscription.

Date : ☐

Signature :