|  |
| --- |
| **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 □** | **Ton âge :****□ □ ans** |
| **Depuis l'année dernière** | OUI | NON |
| 1. Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?
 |  |  |
| 1. As-tu été opéré (e) ?
 |  |  |
| 1. As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?
 |  |  |
| 1. As-tu beaucoup maigri ou grossi ?
 |  |  |
| 1. As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?
 |  |  |
| 1. As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?
 |  |  |
| 1. As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?
 |  |  |
| 1. As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?
 |  |  |
| 1. As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?
 |  |  |
| 1. As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?
 |  |  |
| 1. As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?
 |  |  |
| 1. 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)** |  |  |
| 1. Te sens-tu très fatigué (e) ?
 |  |  |
| 1. As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?
 |  |  |
| 1. Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?
 |  |  |
| 1. Te sens-tu triste ou inquiet ?
 |  |  |
| 1. Pleures-tu plus souvent ?
 |  |  |
| 1. Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?
 |  |  |
| **Aujourd’hui** |  |  |
| 1. Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?
 |  |  |
| 1. Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?
 |  |  |
| 1. Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?
 |  |  |
| **Questions à faire remplir par tes parents** |  |  |
| 1. 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 ?
 |  |  |
| 1. Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?
 |  |  |
| 1. 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.)
 |  |  |
| **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.** |

Je soussigné(e)………………………………………… (n*om, prénom*)

représentant légal de l’adhérent mineur……………………………………….. (nom et prénom de l’enfant)

atteste que mon enfant et moi-même avons répondu négativement à toutes les questions
du questionnaire de santé publié par l’arrêté du 7 mai 2021,
lors de la demande d’inscription à l’Amicale Sportive Bonnelloise, pour la saison sportive 2025/2026.

A ………………………………, le …/…/….

 *Signature*