

**QUESTIONNAIRE MEDICAL - SAISON 2025/2026**

*(Arrêté du 7 mai 2021 fixant le contenu du questionnaire relatif à l’état de santé du sportif mineur)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tu es une fille □ un garçon □** | **Ton âge : ans** | |
| **Depuis l’année dernière** | **OUI** | **NON** |
| 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 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(e) à interrompre un moment de séance de sport ? | □ | □ |
| As-tu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d’habitude ? | □ | □ |
| As-tu 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 un mois ou plus ? | □ | □ |
| **Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)** |  |  |
| Te sens-tu 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(e) ? | □ | □ |
| 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 ? | □ | □ |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | □ | □ |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | □ | □ |
| **Questions à faire remplir par tes parents** | | |
| Quelqu’un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie 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 2 ans, 3 ans, 4 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.



**ATTESTATION**

Je soussigné(e),

**NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PRENOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

En ma qualité de représentant légal de :

**NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PRENOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

atteste qu’il/elle a renseigné le questionnaire médical et a répondu par la négative à l’ensemble des questions.

Date :

Signature du représentant légal :