

QUESTIONNAIRE SANTE MINEUR

049001

ASBA Athlétisme Saint Barthélemy d'Anjou

Cochez une seule des deux cases



N° LICENCE :

NOM : PRENOM :

SEXE : DATE DE NAISSANCE :

| | Depuis l'année dernière | OUI | NON |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | As-tu été opéré (e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | As-tu beaucoup maigri ou grossi ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Depuis un certain temps (plus de 2 semaines) | | |
| 1. | Te sens-tu très fatigué (e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Te sens-tu triste ou inquiet ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Pleures-tu plus souvent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Aujourd'hui | | |
| 1. | Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | 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.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du responsable légal du licencié.

Je déclare répondre **NON** à chaque question et je serai éventuellement dispensé de la présentation d'un nouveau certificat médical

Je déclare répondre **OUI** à au moins l'une des questions et je devrai présenter un nouveau certificat médical

« Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions : « Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence ».

« Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, ou si vous refusez de répondre: « Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez--lui ce questionnaire renseigné ».

Dans certaines situations particulières il n'est pas non plus possible d'utiliser l'ancien certificat médical et un nouveau certificat médical datant de moins de 6 mois devra être fourni :

Vous demandez une licence de type Athlé Compétition ou Athlé Running ou Athlé Entreprise et vous aviez la saison dernière une licence Athlé Santé. Il n'est pas possible d'utiliser l'ancien certificat médical car ces types de licences exigent un certificat particulier portant la mention « pratique de l'athlétisme en compétition ».

Date et signature du Licencié :

(des parents ou du représentant légal si le licencié est mineur)