

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT »

Réservé aux sportifs MINEURS — Arrêté du 7 mai 2021

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Répondez honnêtement par OUI ou NON. Une réponse « je ne sais pas » est considérée comme un OUI.

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom : Prénom : Né(e) le :/...../.....

PARTIE À REMPLIR PAR L'ENFANT

Depuis l'année dernière :

Question	OUI	NON
1. Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
2. As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
3. As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
4. As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
5. As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
6. As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé(e) sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
7. As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé(e) à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
8. As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
9. As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
10. As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
11. As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines) :

Question	OUI	NON
12. Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
13. As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
14. Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

15. Te sens-tu triste ou inquiet(ète) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
---	------------------------------	------------------------------

Aujourd'hui :

Question	OUI	NON
16. Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

📄 PARTIE À REMPLIR PAR LES PARENTS / TUTEURS LÉGAUX

Question	OUI	NON
17. 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"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
18. Êtes-vous inquiet(ète) pour son poids ? Trouvez-vous qu'il/elle se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
19. Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? <i>(examen médical 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)</i>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

<p>✓ NON à toutes les questions</p> <p>Pas de certificat médical requis. Remettez uniquement l'attestation signée ci-dessous.</p>	<p>✗ OUI à au moins une question</p> <p>Certificat médical de non contre-indication obligatoire. Présentez ce questionnaire à votre médecin.</p>
--	---

⚠ Le questionnaire renseigné doit rester entre vos mains (secret médical) — Ne pas le remettre à la structure.