

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.

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		
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 à interrompre un moment une séance de sport ?	☐ Oui	☐ Non
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'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
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	☐ 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(ète) ?	☐ 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 ? (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.)	☐ Oui	☐ Non

Nom et prénom du mineur : _____

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / _____

Signature du représentant légal	Signature du mineur
---------------------------------	---------------------