



QUESTIONNAIRE DE SANTE « SPORTIF MINEUR » PREALABLE A L'OBTENTION  
OU AU RENOUELEMENT DE LA LICENCE D'UN MINEUR AUPRES DE  
FEDERATION DU DODGEBALL FRANCAIS

<b>Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/></b>	Ton âge : _____ans	
<b>Depuis l'année dernière</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu été opéré (e) ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu beaucoup maigri ou grossi ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
<b>Te sens-tu très fatigué (e) ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Te sens-tu triste ou inquiet ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pleures-tu plus souvent ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aujourd'hui</b>		
<b>Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>		

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"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

---

**Si toi ou tes parents avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Vous devez 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. Dans ce cas un certificat médical est nécessaire pour que tu puisses pratiquer le dodgeball.

**Si toi ou tes parents avez répondu NON à toutes les questions :**

Pas de certificat médical à fournir. Attestez simplement, à l'aide de l'attestation ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions.



Je soussigné(e),

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

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

En ma qualité de représentant légal de :

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

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

Atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé « Sportif mineur » et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature du représentant légal :