



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR MINEUR



Centre Aquatique du
Giennois



Communauté
des Communes
Giennaises



Regard sur les loisirs

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical.

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

1. Es-tu allé(e) à l'hôpital durant une journée ou plusieurs jours ?

OUI NON

2. As-tu été opéré(e) ?

OUI NON

3. As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?

OUI NON

4. As-tu beaucoup maigri ou grossi ?

OUI NON

5. As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?

OUI NON

6. As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé(e) sans te souvenir de ce qui s'est passé ?

OUI NON

7. As-tu reçu un ou plusieurs chocs violent(s) qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?

OUI NON

8. As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?

OUI NON

9. As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?

OUI NON

10. As-tu eu mal à la poitrine ou des palpitations (le coeur qui bat très vite) ?

OUI NON

11. As-tu un traitement longue durée ?

OUI NON

12. As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?

OUI NON

13. Depuis 2 semaines ou plus ?

OUI NON

14. Te sens-tu très fatigué(e) ?

OUI NON

15. As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent durant la nuit ?

OUI NON

16. Sens-tu un manque d'appétit ou que tu manges moins ?

OUI NON

17. Te sens-tu triste ou inquiet ?

OUI NON

18. Pleures-tu plus souvent ?

OUI NON

19. 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

1. Penses-tu quelque fois à arrêter de pratiquer le sport ou à changer de sport ?

OUI NON

2. Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?

OUI NON

3. Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?

OUI NON

Questions à faire remplir par tes parents

1. Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave au coeur ou au cerveau ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?

OUI NON

2. Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?

OUI NON

3. Avez-vous manqué l'examen de santé prévu 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

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voir avec lui pour savoir quel sport te convient. Au moment de ta visite, donne-lui ce questionnaire rempli.