

## Questionnaire de santé « QS – Sport Personne Mineur »

**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. 3

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 <input type="checkbox"/> une fille <input type="checkbox"/> un garçon                                 | Ton âge : ____ ans |     |
| <b>Depuis l'année dernière</b>                                                                              | OUI                | NON |
| 1) Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?                                 |                    |     |
| 2) As-tu été opéré(e) ?                                                                                     |                    |     |
| 3) As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?                                                       |                    |     |
| 4) As-tu beaucoup maigri ou grossi ?                                                                        |                    |     |
| 5) As-tu la tête qui tourne pendant un effort ?                                                             |                    |     |
| 6) As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                       |                    |     |
| 7) As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? |                    |     |
| 8) As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                         |                    |     |
| 9) As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?                                                    |                    |     |
| 10) As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                         |                    |     |
| 11) As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                       |                    |     |
| 12) As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                          |                    |     |
| <b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>                                                         |                    |     |
| 13) Te sens-tu fatigué(e) ?                                                                                 |                    |     |
| 14) As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                     |                    |     |
| 15) Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?                                                    |                    |     |

|                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 16) Te sens-tu triste ou inquiet ?                                                                                                                                                                                          |  |  |
| 17) Pleures-tu plus souvent ?                                                                                                                                                                                               |  |  |
| 18) Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?                                                                                                                     |  |  |
| <b>Aujourd'hui</b>                                                                                                                                                                                                          |  |  |
| 19) Penses-tu quelques fois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?                                                                                                                                             |  |  |
| 20) Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?                                                                                                                                                    |  |  |
| 21) Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?                                                                                                                                                       |  |  |
| <b>Questions à faire remplis par tes parents</b>                                                                                                                                                                            |  |  |
| 22) 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 ?                                                                              |  |  |
| 23) Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?                                                                                                                                    |  |  |
| 24) Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?<br>(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.) |  |  |
| <b>Si vous avez répondu NON à toutes les questions :</b>                                                                                                                                                                    |  |  |
| Pas de certificat médical à fournir.<br>Vous conservez le questionnaire médical et veuillez remettre l'attestation ci-après lors de votre inscription                                                                       |  |  |
| <b>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :</b>                                                                                                                                                              |  |  |
| Veuillez consulter votre médecin afin qu'il examine votre enfant et vous remette, le cas échéant, un certificat de non contre-indication à la pratique sportive.                                                            |  |  |