***Questionnaire de santé***

***Licencié mineur***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Depuis l’année dernière** | OUI | NON |
| Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? |  |  |
| As-tu été opéré(e) ? |  |  |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? |  |  |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ? |  |  |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? |  |  |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ? |  |  |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? |  |  |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? |  |  |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? |  |  |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? |  |  |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? |  |  |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)** | | OUI | | NON | |
| Te sens-tu très fatigué (e) ? | |  | |  | |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | |  | |  | |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | |  | |  | |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | |  | |  | |
| Pleures-tu plus souvent ? | |  | |  | |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **Aujourd’hui** | OUI | | NON | |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? |  | |  | |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? |  | |  | |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? |  | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Questions à faire remplir par tes parents** | OUI | NON |
| 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 ? |  |  |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? |  |  |
| 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.) |  |  |

Je soussigné …………………………………………………………………………

Représentant légal de l’enfant ………………………………………………………… âgé de ……… ans

Identifiant utilisateur …………………………………… du club Gym Concordia

Atteste avoir rempli le questionnaire de santé préalablement à ma demande de licence à la FFG pour la saison ………… / …………

J’ai répondu **NON** à toutes les questions : je n’ai pas besoin de fournir de certificat médical pour la saison en cours

J’ai répondu **OUI** à une ou plusieurs questions : je suis dans l’obligation de fournir **certificat médical** pour la saison en cours

Fait à ……………………………………….. le ………………………………………..