

# QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LES MINEURS - 2026/2027

## QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LA PRATIQUE SPORTIVE DES MINEURS

MERCI DE REPONDRE A TOUTES LES RUBRIQUES DE CE QUESTIONNAIRE.

Nom  Prénom   
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)  /  /  Questionnaire rempli le :  /  /

### AVERTISSEMENT à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :

Il est impératif 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 soit 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 mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

| Tu es une Fille <input type="checkbox"/> un Garçon <input type="checkbox"/>                              |                          | Ton âge : _____ ans      |                                                                                                                                                                                                                      |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Depuis l'année dernière                                                                                  | OUI                      | NON                      | Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)                                                                                                                                                                         | OUI                      | NON                      |
| Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Te sens-tu très fatigué(e) ?                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu été opéré(e)                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ?                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Te sens-tu triste ou inquiet ?                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu la tête qui tourne pendant l'effort ?                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pleures-tu plus souvent ?                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Aujourd'hui</b>                                                                                                                                                                                                   | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
| As-tu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup de mal à respirer après un effort ?                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours ou pour longtemps ?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Questions à faire remplir par tes parents</b>                                                                                                                                                                     | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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 tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois 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.

#### -> Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un certificat médical. Présentez-lui ce questionnaire renseigné. Les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur sont tenues de produire un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée datant de moins de **six mois**, si au moins une des réponses est positive.

#### -> Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Vous n'avez pas de certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation ci-dessous et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez).

## ATTESTATION SANTE POUR L'OBTENTION OU LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF A UN MINEUR POUR LA SAISON 2026/2027

Nom du licencié :  Prénom   
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)  /  /

Je soussigné, responsable légal, atteste sur l'honneur de réponses négatives à toutes les rubriques du questionnaire de santé

Date :

Signature