|  |
| --- |
| **Questionnaire de santé** |
| 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** | **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)** |  |  |
| **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** |  |  |
| **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** |  |  |
| **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 ?** | **□** | **□** |
| **Êtes-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.)** | **□** | **□** |

|  |
| --- |
| **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.** |

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

signature du représentant légal

**Attestation** (coupon à découper et donner au club) **N° de licence :**

**Nom du tuteur légal** : Prénom **: Pour le jeune** :

Déclare avoir répondu non à toutes les questions du questionnaire ci-dessus.

Je sais qu’à travers cette attestation, j’engage ma propre responsabilité et qu’en aucun cas celle de la Fédération Française de bowling et sport de quilles ne pourra être recherchée.

Fait le, / /202 à

**Questionnaire de santé**