Formulaire à conserver

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MINEUR – FCD

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant d'autorité : 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	**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 momentune 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 pourlongtemps ?	❑	❑
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 ?	❑	❑
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.)	❑	❑
L'enfant est-il reconnu en situation de handicap pouvant contre-indiquer la pratique de certaines activités physiques et sportives ?	❑	❑

LA FÉDÉRATION DES CLUBS DE LA DÉFENSE

16 bis, avenue Prieur de la Côte d'Or – CS 40 300 - 94114 ARCUEIL Cedex
Téléphone : 01.79.86.34.89 - PNIA : 861.947.34.89 - Courriel : contact@lafederationdefense.fr – www.lafederationdefense.fr
Agrément n° MJSK0470228A (JO du 20 novembre 2004) du ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative
Reconnue d'utilité publique par l'ordonnance n° 2015-904 du 23 juillet 2015
Membre du comité national olympique et sportif français

Formulaire à donner au CSA

ATTESTATION
QUESTIONNAIRE SANTÉ – FCD

Pour les majeurs

Je soussigné(e) M/Mme .....[1]

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature :

Pour les mineurs

Je soussigné(e) M/Mme .....[1]

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques pour l'enfant .....[2]

Date et signature :

[1] Préciser le prénom et nom, et le cas échéant, la qualité du représentant légal

[2] Préciser le prénom et nom de l'enfant dont vous êtes le représentant légal