QUESTIONNAIRE DE SANTE " QS-SPORT " – MINEUR(E)

Pratique ASSAUT & LOISIRS

(Sans compétition Ou compétition « Educatif, Assaut, Light »)

(Coups maîtrisés et KO non autorisé)

(Code du Sport - Annexe II-23 (art. A231-2 - Arrêté du 7 mai 2021 - art. 2))

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.

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.

NOM : ..... **Prénom** : .....

Tu es : une fille ☐ un garçon ☐ **Ton âge** : ..... ans **Date** : .....

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 coeur 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.)		

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.

Tu devras ensuite transmettre au club un certificat médical datant de moins de 6 mois.

Si tu as répondu NON à toutes les questions

Tu n'as pas à fournir de certificat médical; il faut juste que tes parents remplissent l'attestation indiquant que tu as répondu NON à toutes les questions.

ATTESTATION

QUESTIONNAIRE DE SANTE " QS-SPORT " – MINEUR(E)

Pratique ASSAUT & LOISIRS

Adhésion et Renouvellement

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]

.....,

en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]

.....,

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur (arrêté du 7 mai 2021) et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Fait à : ……., le ……..

Signature du représentant légal

Attestation à remettre au club, sans le questionnaire.

Le certificat médical n'est pas obligatoire dans ce cas pour les mineurs.

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

à la pratique du Kickboxing, Muay Thaï, Pancrace et disciplines associées

en loisirs et en compétition « EDUCATIF, ASSAUT, LIGHT »

(Coups maitrisés et KO non autorisé)

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie avoir examiné M. / Mme .....

Né(e) le .....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de l'entraînement, du loisir et des compétitions « Educatif, Assaut, Light » en Kickboxing, Muay Thaï , Pancrace et disciplines associées.

Fait à : ……., le ……..

Signature et cachet du médecin :