

Questionnaire de santé " EPGV"

POUR SPORTIF MINEUR

SAISON 2024/2025

Fille

Garçon

Age :

Depuis l'année dernière		OUI	NON
1)	Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans le souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)	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"/>
8)	As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à l'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9)	As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10)	As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11)	As-tu commencé à prendre de nouveaux médicaments tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12)	As-tu arrêté le sport à cause de problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)

13)	Te sens-tu fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14)	As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15)	Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16)	Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17)	Pleures-tu souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18)	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"/>

Aujourd'hui

19)	Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20)	Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21)	Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questions à faire remplir par tes parents

22)	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"/>
23)	Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24)	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, 3, 4, 5 ans, entre 8 et 9 ans, 11 et 13 ans et 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



Questionnaire de santé " EPGV"

POUR SPORTIF MINEUR

SAISON 2024/2025

Volet à remettre à l'association

Je soussigné (e) (Nom, Prénom) **

représentant légal de l'Adhérent mineur (Nom, Prénom du mineur) **

Atteste que mon enfant et moi-même avons répondu par la négative à l'ensemble des questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 7 mai 2021 pour la saison sportive 2024/2025 au club EPGV : CCT GV TAVERNY (Cosmopolitan Club de Taverny - Gymnastique Volontaire)

A

Le

Signature du sportif mineur

Signature du représentant légal

** remplir bien lisiblement