

## Questionnaire de Santé du Sportif Mineur

### Saison 2025-2026

Ce questionnaire de santé ne concerne que les personnes de moins de 18 ans, il permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical en vue de la pratique d'activités physiques et sportives dispensées par l'ASL de GOUESNACH.

**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 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé (e) sans te souvenir de ce qui s'était passée ?	<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"/>
As-tu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<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"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	Oui	Non
Te sens-tu fatigué (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"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<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"/>

Aujourd'hui	Oui	Non
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<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 ? (Examen médical 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"/>

Document établi sur la base de l'arrêté du 07 mai 2021 (NOR : SPOV2109790A)

VOUS AVEZ RÉPONDU " **OUI** " à au moins une des questions : veuillez consulter votre médecin pour qu'il vous examine et vous remette le cas échéant un Certificat Médical de non contre-indication à la pratique sportive.

VOUS AVEZ RÉPONDU " **NON** " à toutes les questions : pas de Certificat Médical à fournir, veuillez simplement attester, selon les modalités prévues par l'ASL, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande d'inscription à une ou plusieurs activité(s) sportive dispensée(s) par celle-ci.

### Je soussigné M/Mme

Prénom : ..... Nom : .....

### Exerçant l'autorité parentale sur

Prénom : ..... Nom : .....

**atteste qu'elle/il a renseigné le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.**

Date : .....

Signature de la personne exerçant l'autorité parentale

**L'attestation doit être JOINTE à votre bulletin d'inscription UNIQUEMENT si vous avez répondu NON à toutes les questions.**

Note: Une copie de ce questionnaire sous forme de fichier au format PDF est disponible sur le site de l'ASL à l'adresse suivante : <https://www.asl-gouesnach.bzh>

