QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR ENVUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE

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 fonctiondes réponses données.

NOM et PRENOM : **Né(e) le :**

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 demauvaises 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 desport ?		
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-ildécédé 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 13ans et entre 15 et 16 ans.)		

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :
Le sportif mineur devra fournir un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport en compétition pour pouvoir s'inscrire. Pour cela il doit consulter un médecin pour qu'il l'examine. Au moment de la visite, donnez-lui ce questionnaire rempli.

Autorisation de participation d'un mineur

Je, soussigné(e) : ……

- ☐ Père
- ☐ Mère
- ☐ Adulte mandaté par les parents

E-mail : …… Téléphone : …… Code postal : ……

Autorise l'enfant : …… Ville : ……

Né(e) le : ……/……/……

A participer à l'épreuve suivante du TDV2025 qui se déroule le dimanche 21 septembre 2025 :

- ☐ La Petite (6.7km) *(2010 et avant)*
- ☐ L'Intermédiaire (12.5km) *(2010 et avant)*
- ☐ Le Semi (21Km) *(2008 et avant)*
- ☐ La Marche (6.7km) *(2016 et avant)*
- ☐ La course Eveil Athlétique (800m) *(2017, 2018 et 2019)*
- ☐ La course Poussins (1500m) *(2015, 2016)*
- ☐ La course Benjamins/Minimes (2800m) *(2011, 2012, 2013 et 2014)*

Je déclare avoir pris connaissance du règlement et des informations générales relatives à la course et décline toute responsabilité de l'organisateur en cas d'accident.

A : TEYRAN Le : ..... /...../ 2025

SIGNATURE des parents ou de l'adulte mandaté :