



**DOSSIER D'INSCRIPTION 2024 – 2025**  
**ECOLE D'ESCALADE – ECOLE D'AVENTURE**  
**QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LES MINEURS**

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES (Annexe II-23 de l'article A231-3 du code du sport)

**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.**

**NOM Prénom :** \_\_\_\_\_

Tu es : une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : ans	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	OUI	NON
As-tu été opéré (e) ?	OUI	NON
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	OUI	NON
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	OUI	NON
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	OUI	NON
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	OUI	NON
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	OUI	NON
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	OUI	NON
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	OUI	NON
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	OUI	NON
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	OUI	NON
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	OUI	NON

<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	OUI	NON
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	OUI	NON
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	OUI	NON
Te sens-tu triste ou inquiet ?	OUI	NON
Pleures-tu plus souvent ?	OUI	NON
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	OUI	NON
<b>Aujourd'hui</b>		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	OUI	NON
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	OUI	NON
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	OUI	NON
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>		
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 ?	OUI	NON
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	OUI	NON
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.)	OUI	NON
<p><b>Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine</b> et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.</p>		

Questionnaire rempli le

Signature