

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT MINEUR :

Nom et prénom :

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.

Tu es : une fille un garçon

Ton âge : ans

Depuis l'année dernière

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

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)

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

Aujourd'hui

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

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-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 ? OUI NON
(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.