

## "QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR MINEUR"

**Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :**

**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 avez-vous parlé avec un médecin, a-t-il examiné(e) l'enfant ?  
Ce questionnaire n'est pas un contrôle. vous répondez par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous pouvez consulter le carnet de santé.

fille <input type="checkbox"/> garçon <input type="checkbox"/> âge : _____ ans		
<b>Depuis l'année dernière</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
L'enfant est-il allé à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il été opéré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il perdu connaissance ou est-il tombé sans se souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il reçu un ou plusieurs chocs violents qui l'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At-il eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At-il arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
L'enfant se sent-il très fatigué ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il du mal à s'endormir ou se réveille-t-il souvent la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il perdu l'appétit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaitez-vous signaler quelque chose de plus concernant sa santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, consultez un médecin pour qu'il examine l'enfant et voit avec vous quel sport lui convient.</b>		