

**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  
CONSTRAINTES PARTICULIÈRES**

ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3)

Arrêté du 7 mai 2021 fixant le contenu du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043486824>

-----

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		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 de sport ?			
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?			
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> 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)	OUI	NON
Te sens-tu très 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 ? (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.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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.**

Nom :  
 Prénom :  
 Date :

ATTESTATION

Nous soussignons

Nom, prénom

Nom, prénom

exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur \_\_\_\_\_

attestons auprès de la Fédération Française de Course d'Orientation avoir renseigné conjointement avec lui le questionnaire relatif à son état de santé et que chacune des rubriques du questionnaire a donné lieu à une réponse négative.

Dans le cas contraire, produire un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la course d'orientation en compétition datant de moins de 6 mois.

Date

Signature

