

SAISON 2026/2027

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

(En vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence ou de l'inscription à une compétition) -
Hors disciplines à contraintes particulières - ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3 Code du sport)

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir ou pas un certificat médical pour demander votre licence au sein de la FFR XIII selon les dispositions du Règlement Médical en vigueur.

⚠ À lire par les parents ou 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. En cas d'au moins **une réponse « OUI »**, une **consultation médicale est obligatoire** avant la délivrance du certificat de non contre-indication.

Identification du jeune sportif

- Tu es : ☐ une fille ☐ un garçon
- Ton âge :ans
- Nom et prénom :

Depuis l'année dernière (coche la case correspondant à ta réponse)

Questions	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 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)

Questions

Oui Non

- 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 ? ☐ ☐

Aujourd'hui

Questions

Oui Non

- 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 ? ☐ ☐

À faire remplir par les parents

Questions

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 <50 ans ? ☐ ☐
- Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? ☐ ☐
- Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à son âge ? (2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, 8-9 ans, 11-13 ans, 15-16 ans) ☐ ☐

IMPORTANT

Si une ou plusieurs cases **OUI** sont cochées, **prenez rendez-vous chez votre médecin**. Remettez-lui ce questionnaire **rempli** pour qu'il vous examine.