



QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LA PRATIQUE SPORTIVE DES MINEURS JEUNE 2024-2025



ECOLE DE BOXE

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

Tu es 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 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) | 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 cette année ? | | |

| Aujourd'hui | 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 ? | | |

| 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 ? | | |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | | |
| 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.) | | |

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.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné. Les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur attestent auprès de la fédération que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, elles sont tenues de produire un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée datant de moins de six mois. → **allez en page 3**

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation ci-dessous et fournissez-la sans le questionnaire (que vous conserverez) → **allez en page 2**



**Attestation de santé pour l'obtention ou le renouvellement
d'une licence sportive FFSBF
à un mineur pour l'année 2024-2025**

Nous soussignés

, en notre qualité

de représentant légal de l'enfant

attestons sur l'honneur

de réponses négatives à toutes les rubriques du questionnaire de santé pour la saison 2024-2025. Afin de respecter le secret médical, le questionnaire de santé renseigné ne doit ni être remis au club ni à la fédération.

Date :

Signature du 1er représentant légal :

Signature du 2nd représentant légal :

Signature obligatoire des 2 représentants.

S'il n'est pas possible d'avoir les 2 signatures alors Certificat médical ci dessous obligatoire



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION
A LA PRATIQUE DE LA BOXE ET DISCIPLINES ASSOCIEES
SAISON 2024 - 2025**

Je soussigné Docteur certifie que,
l'enfant
né(e) le
domicilié(e) à

ne présente, ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique de la :

**SAVATE Boxe Française
En mode assaut (puissance non-autorisée)**

Observations:

.....
.....

Certificat établi le:

Signature et cachet du médecin: