

## QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE A LA F.F. HOCKEY

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.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| <b>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.</b> |                           |                          |
| <b>Tu es : une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/></b>                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Ton âge :      ans</b> |                          |
| <b><u>Depuis l'année dernière</u></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b><u>OUI</u></b>         | <b><u>NON</u></b>        |
| Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| As-tu été opéré ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

| <b><u>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</u></b>                                                                                                                                                                  | <b><u>OUI</u></b>        | <b><u>NON</u></b>        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
| <b><u>Aujourd'hui</u></b>                                                                                                                                                                                                   | <b><u>OUI</u></b>        | <b><u>NON</u></b>        |
| 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"/> |
| <b><u>Questions à faire remplir par tes parents</u></b>                                                                                                                                                                     | <b><u>OUI</u></b>        | <b><u>NON</u></b>        |
| 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 ?<br><br>(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.**

## **ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LE LICENCIE MINEUR**

Dans le cadre de la demande de ma licence auprès de la Fédération Française de Hockey\*, je soussigné atteste avoir rempli le Questionnaire de santé du sportif mineur.

Dans le respect du secret médical, je conserve strictement personnel ledit questionnaire et m'engage à remettre la présente attestation au club au sein duquel je sollicite ma licence.

☐

J'ai répondu **NON** à chacune des rubriques du questionnaire



dans ce cas : je transmets la présente attestation au club au sein duquel je sollicite l'obtention ou le renouvellement de ma licence

☐

J'ai répondu **OUI** à une ou plusieurs rubriques du questionnaire



dans ce cas : je suis informé que je dois produire à mon club un certificat médical datant de moins de 6 mois et attestant l'absence de contre-indication à la pratique du hockey

Nom et prénom du licencié mineur : .....

Date (jj/mm/aaaa) : .....

Signature :

Fait à : .....

**Attestation du représentant légal :**

Nom et prénom du représentant légal : .....

Date (jj/mm/aaaa) : .....

Signature :

Fait à : .....

*\* Questionnaire applicable dans le cadre d'une création ou d'un renouvellement de licence uniquement lorsque le licencié est mineur.*