



Nom :

Prénom :

## Licencié MINEUR

LE CERTIFICAT MÉDICAL N'EST PLUS NÉCESSAIRE



Le mineur et les personnes exerçant l'autorité parentale répondent conjointement aux questions ci-dessous :

### QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

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.

#### DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE

Répondez aux questions suivantes par OUI ou NON*		OUI	NON	Répondez aux questions suivantes par OUI ou NON*		OUI	NON
1	Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	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"/>
6	As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé(e) sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>AUJOURD'HUI</b>			
7	As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé(e) à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS</b>			
11	As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	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"/>
12	As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23	Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)</b>				24	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"/>
13	Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

\*NB : Informations médicales confidentielles à ne pas communiquer.

• Si vous avez répondu NON à toutes les questions : PAS DE CERTIFICAT MÉDICAL À FOURNIR. La ou les personne(s) exerçant l'autorité parentale atteste(nt) avoir répondu NON à toutes les questions en cochant la case correspondante lors de la souscription de la licence.

• Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : CERTIFICAT MÉDICAL DE MOINS DE 6 MOIS À FOURNIR. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

### CAS PARTICULIERS

#### LA PRATIQUE DU BIATHLON

Certificat médical\*, datant de moins d'un an, de « non contre-indication à la PRATIQUE DU BIATHLON » (le cas échéant, « la pratique du BIATHLON EN COMPÉTITION ») à fournir CHAQUE ANNÉE.

La discipline BIATHLON doit OBLIGATOIREMENT FIGURER sur le certificat médical.

\*Ce certificat médical est délivré suite à un examen médical au cours duquel une attention particulière est portée sur l'examen neurologique et la santé mentale, l'acuité auditive et l'examen du membre supérieur dominant.

#### LA PRATIQUE COMPÉTITIVE OCCASIONNELLE (Ticket Course)

Le certificat médical n'est plus obligatoire. Le mineur et les personnes exerçant l'autorité parentale répondent conjointement au questionnaire de santé ci-dessus et la ou les personnes exerçant l'autorité parentale attestent avoir répondu NON à toutes les questions (attestation à fournir pour chaque inscription aux courses éligibles).