******

***Judo-Self Défense-Hoymille***

***QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR***

En vue de l'obtention, ou du renouvellement de la licence-assurance par la « Fédération France Judo » (FFJ), et de l'inscription à une compétition sportive autorisée par la FFJ.

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 garder ton carnet de santé et demander à tes parents de t’aider.

**Tu es :**  □ une fille □ un garçon

**NON**

**OUI**

**Ton âge :**

**ans**

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 ?

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 ?

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**

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.)

***(Suite au verso)***

*Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : il est préférable que ce questionnaire soit complété par l’enfant, c'est à vous d'estimer s’il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que ce questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.*

**JUDOKA : Nom** ....................................... **Prénom** ................................. **Né(e) le** ....................

* **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.
* **Si vous avez répondu NON à toutes les questions** : vous n’avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Complétez et signez l’attestation ci-dessous.

Les parents (ou tuteur légal) du mineur, reconnaissent avoir pris connaissance avec leur enfant du questionnaire ci-dessus.

**Attestation santé pour l’obtention ou le renouvellement d’une licence sportive FFJ à un enfant mineur pour la saison sportive 202...... / 202......**

Je soussigné(e), Mr / Mme / Melle : .....................................................................................................................

responsable légal de l’enfant : ........................................................................................................................................................

atteste sur l’honneur de réponses négatives à **toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

 Date : ........................................................................ Signature :

**