

QUESTIONNAIRE DE SANTE

NOM : _____ PRENOM : _____

<p>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.</p>		
<p>Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/></p>		<p>Ton âge : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans</p>
<p>Depuis l'année dernière</p>		<p>OUI NON</p>
<p>Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?</p>		
<p>As-tu été opéré (e) ?</p>		
<p>As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?</p>		
<p>As-tu beaucoup maigri ou grossi ?</p>		
<p>As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?</p>		
<p>As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?</p>		
<p>As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?</p>		
<p>As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?</p>		
<p>As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?</p>		
<p>As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?</p>		
<p>As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?</p>		
<p>As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?</p>		
<p>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</p>		<p>OUI NON</p>
<p>Te sens-tu très fatigué (e) ?</p>		
<p>As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?</p>		
<p>Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?</p>		
<p>Te sens-tu triste ou inquiet ?</p>		
<p>Pleures-tu plus souvent ?</p>		
<p>Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?</p>		
<p>Aujourd'hui</p>		<p>OUI NON</p>
<p>Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?</p>		
<p>Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?</p>		
<p>Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?</p>		
<p>Questions à faire remplir par tes parents</p>		<p>OUI NON</p>
<p>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 ?</p>		
<p>Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?</p>		
<p>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.)</p>		

Signature du représentant légal :