



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.

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

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Il vous faudra fournir un certificat médical d'absence de contre-indication à la course à pied pour pouvoir inscrire votre enfant mineur. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

J'autorise mon enfant à participer au relais dans sa catégorie Nom-Prénom du représentant légal :	Signature
--	------------------