



## ATTESTATION QUESTIONNAIRE SANTÉ - FCD

### **Pour les majeurs**

Je soussigné(e) M/Mme ..... 1

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rebrique

Date et signature :

---

### **Pour les mineurs**

Je soussigné(e) M/Mme ..... 1

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rebrique pour l'enfant ..... 2

Date et signature :

---

1 Préciser le prénom et nom et le as échéant, la qualité du représentant légal

2 Préciser le prénom et nom de l'enfant dont vous êtes le représentant légal

LA FÉDÉRATION DES CLUBS DE LA DÉFENSE

16 bis, avenue Prieur de la Côte d'Or - CS 40 300 - 94114 ARCUEIL Cedex

Téléphone : 01.79.86.34.89 - PNA : 861.947.34.89 - Courriel : [contact@lafederationdefense.fr](mailto:contact@lafederationdefense.fr) - [www.lafederationdefense.fr](http://www.lafederationdefense.fr)

Agrément n° MJSK0470228A (JO du 20 novembre 2004) du ministère de la jeunesse et des sports et de la vie associative

Reconnue d'utilité publique par l'ordonnance n° 2015-904 du 23 juillet 2015

Membre du comité national olympique et sportif français



## QUESTIONNAIRE SANTÉ MINEUR - FCD

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant autorité : il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable 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 est recommandé pour tous. En as-tu parlé à 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 mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander de t'aider.			
Tu es une fille <input type="checkbox"/>	un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge ans	
		OUI	NON
Depuis l'année dernière			
Es-tu allé à l'hôpital pendant toute journée ou plusieurs jours ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres année ?		<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 une séance de sport ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup de mal à respirer pendant après un effort ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu 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"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)			
Te sens-tu très fatigué ?		<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 pas moins ? 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"/>
Aujourd'hui			
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 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"/>
Questions à faire remplis 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"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouver-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 ? (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"/>
L'enfant est-il reconnu en situation de handicap pouvant contre-indiquer la pratique de certaines activités physiques et sportives ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### LA FÉDÉRATION DES CLUBS DE LA DÉFENSE