FF TENNIS DE TABLE

N° 25 - 10 - 2

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR MINEUR

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si êtes mineur au moment de la prise de la licence

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.

Tu es une fille ☐ un garçon ☐ ton âge ☐ ans

	Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON. Durant les 12 derniers mois :	OUI	NON
1	Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieur jours ?	☐	☐
2	As-tu été opéré(e) ?	☐	☐
3	As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	☐	☐
4	As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	☐	☐
5	As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	☐	☐
6	As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	☐	☐
7	As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'on obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	☐	☐
8	As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
9	As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	☐	☐
10	As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	☐	☐
11	As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐
12	As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	☐	☐
	Depuis un certain temps : (plus de 2 semaines)		
13	Te sens-tu très fatigué(e) ?	☐	☐
14	As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐	☐
15	Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?	☐	☐
16	Te sens-tu triste ou inquiet ?	☐	☐
17	Pleures-tu plus souvent ?	☐	☐
18	Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	☐	☐
	Aujourd'hui :		
19	Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐	☐
20	Prenses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	☐	☐
21	Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	☐	☐
	Questions à faire rempli par tes parents :		
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'age de 50 ans ?	☐	☐
23	Etes-vous inquiets pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
24	Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'age de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'age 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.)	☐	☐

METTRE UNE CROIX "X" DANS LA CASE ↑ ↑

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié et de son représentant légal.
Si vous avez répondu NON à toutes les questions :
Ainsi, il n'est pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du Tennis de Table.
Pas de certificat médical a fournir. Simplement attestez en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.
Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :
Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Ce questionnaire est confidentiel et ne doit être remis qu'à un médecin si nécessaire.

FF TENNIS DE TABLE

N° 25 - 10 - 2

ATTESTATION

(Coupon à découper et à joindre avec la demande d'inscription "LICENCE")

Je soussigné :

NOM : _____ PRENOM : _____

N° de LICENCE : _____

déclare avoir répondu à toutes les questions du questionnaire de santé.

Je sais qu'à travers cette attestion et comme cela est précisé dans la circulaire administrative de la FFTT, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFTT ne pourra être recherchée.

Certificat médical précédent :

Date :

Non du médecin :

Date et signature du titulaire ou du représentant légal

Date: