



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ FFF - LICENCIÉ(e) PRÉALABLE À LA DEMANDE DE LICENCE

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir ou pas un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Française de Football selon les règles énoncées à l'article 70 des Règlements Généraux de la F.F.F.

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.

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le coeur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



OUI / NON

DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| Te sens-tu très fatigué(e) ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Pleures-tu plus souvent ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> |

AUJOURD'HUI

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| Penses-tu quelques fois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du coeur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> |

SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS :

Pas de certificat médical à fournir.

Simplement attestez, selon les modalités prévues par la F.F.F., sur votre demande de licence (en ligne ou papier), 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