QUESTIONNAIRE DE SANTÉ FFH

SAISON 2025 - 2026

Handi Sport
FÉDÉRATION FRANÇAISE

LICENCIÉ(E) MINEUR(E)

-18

Questionnaire de santé préalable pour toute première demande d'option loisir ou cadre pratiquant et lors du renouvellement de vos options loisir, compétition ou cadre pratiquant, pour une personne mineure.
Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez, ou non, fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

FAIRE DU SPORT, C'EST RECOMMANDÉ POUR TOUTES ET 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 dois répondre par OUI ou par NON.
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.

Ce questionnaire de santé est conforme à l'article 2 de l'arrêté du 7 mai 2021.

Tu es : un garçon ☐ une fille ☐ **Tu as : ans**

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS	OUI	NON
Es-tu allé.e à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	☐	☐
As-tu été opéré·e ?	☐	☐
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	☐	☐
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	☐	☐
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	☐	☐
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	☐	☐
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	☐	☐
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le coeur qui bat très vite) ?	☐	☐
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐
Si tu es porteur d'un handicap, a t-il évolué ?	☐	☐

DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)	OUI	NON
Te sens-tu très fatigué·e ?	☐	☐
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐	☐
Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?	☐	☐
Te sens-tu triste ou inquiet ?	☐	☐
Pleures-tu plus souvent ?	☐	☐
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	☐	☐

AUJOURD'HUI	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐	☐
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	☐	☐
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	☐	☐

QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS	OUI	NON
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 ?	☐	☐
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
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.

Nous vous informons expressément que le questionnaire de santé que vous et votre enfant avez renseigné, vous est réservé. Vous n'avez pas à le remettre à votre club. Nous vous informons aussi que les réponses apportées au questionnaire de santé relèvent de votre responsabilité exclusive au titre de votre autorité parentale.

SI VOUS ET VOTRE ENFANT AVEZ REPONDU "NON"

à toutes les questions, vous devez obligatoirement renseigner, signer et remettre à votre club la seule attestation ci-dessous

SI VOUS ET VOTRE ENFANT AVEZ REPONDU "OUI"

à au moins une des questions, vous devez :

- **Solliciter un certificat médical pour votre enfant auprès d'un médecin.** Ce certificat médical devra établir explicitement l'absence de contre-indication à la pratique en loisir ou en compétition du-des sports que votre enfant souhaite pratiquer et devra être daté **de moins d'un an** par rapport à la date d'inscription au club.

- **Remettre le certificat médical à votre club qui le conservera.**

ATTESTATION POUR LES MINEURS

À RENSEIGNER, SIGNER ET REMETTRE OBLIGATOIREMENT PAR LES PARENTS AU CLUB **SANS LE QUESTIONNAIRE** (ne pas imprimer recto/verso)

Handi Sport
FÉDÉRATION FRANÇAISE

Nom et prénom du/de la mineur.e : .....
Saison sportive : .....
Club d'adhésion : .....

Nom et prénom du représentant légal : .....

Par la présente, j'atteste sur l'honneur avoir reçu le questionnaire de santé, avoir pris connaissance des préconisations de la FFH ci-dessus et avoir renseigné avec mon enfant le questionnaire de santé pour les sportifs mineur.es qui m'a été remis par le club. J'atteste sur l'honneur avoir, avec mon enfant, répondu par la négative à toutes les questions du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées par mes soins relèvent de ma responsabilité exclusive.

Fait à : ..... **Le :** .....
Pour dire et valoir ce que de droit,
(Signature obligatoire du/de la personne exerçant l'autorité parentale sur la/le mineur.e)

SIGNATURE :

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ FFH

SAISON 2024 - 2025

Handi Sport
FÉDÉRATION FRANÇAISE

18+

LICENCIÉ(E) MAJEUR(E)

Questionnaire de santé préalable pour le premier et deuxième renouvellement des options loisir et cadre pratiquant pour une personne majeure. Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez, ou non, fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Ce questionnaire est conforme à l'annexe II-23 (Art. A 231-3)

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	○	○
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	○	○
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	○	○
Avez-vous eu une perte de connaissance ?	○	○
Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	○	○
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	○	○
Si vous êtes porteur d'un handicap, a t-il évolué ?	○	○

À CE JOUR	OUI	NON
Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	○	○
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	○	○
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	○	○

Nous vous informons expressément que le questionnaire de santé que vous avez renseigné, vous est réservé. Vous n'avez pas à le remettre à votre club. Nous vous informons aussi que les réponses apportées au questionnaire de santé relèvent de votre responsabilité exclusive.

SI VOUS AVEZ REPONDU "NON"

à toutes les questions, vous devez obligatoirement renseigner, signer et remettre à votre club la seule attestation ci-dessous

SI VOUS AVEZ REPONDU "OUI"

à au moins une des questions, vous devez :

- **Solliciter un certificat médical auprès d'un médecin.** Ce certificat médical devra établir explicitement l'absence de contre-indication à la pratique du-des sports que vous souhaitez pratiquer et devra être daté **de moins d'un an** par rapport à la date d'inscription au club.

- **Remettre le certificat médical à votre club qui le conservera.**

ATTESTATION POUR LES MAJEURS

À RENSEIGNER, SIGNER ET REMETTRE OBLIGATOIREMENT PAR LE PRATIQUANT AU CLUB **SANS LE QUESTIONNAIRE**
(ne pas imprimer recto/verso)

Handi Sport
FÉDÉRATION FRANÇAISE

Nom : .....

Prénom : .....

Saison sportive : .....

Club d'adhésion : .....

Par la présente, j'atteste sur l'honneur avoir reçu le questionnaire de santé, avoir pris connaissance des préconisations de la FFH ci-dessus et avoir renseigné le questionnaire de santé qui m'a été remis par le club. Et, j'atteste sur l'honneur avoir répondu par le négative à toutes les questions du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées par mes soins relèvent de ma responsabilité exclusive.

Fait à : ..... ,

Le : .....

Pour dire et valoir ce que de droit. **SIGNATURE :**