

Informations Médicales pour MINEURS

Questionnaire de santé pour la pratique sportive des mineurs

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

▪ Questionnaire Santé – Sport rempli le :

Nom, Prénom :Date de naissance :

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 <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>		Ton âge : _____ ans	
Depuis l'année dernière		OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une 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 années ?		<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 un moment une séance de sport ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu 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)		OUI	NON
Te sens-tu très fatigué (e) ?		<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 as moins faim ? 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	OUI	NON
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 voir 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 remplir par tes parents		
OUI	NON	
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 ? Trouvez-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"/>
Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.		

- Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné. Les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur attestent auprès de la fédération que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, elles sont tenues de produire un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée datant de moins de six mois.
- Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation ci-dessous et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez)

Après avoir complété le questionnaire, deux possibilités sont à envisager :

Choix	Conditions à remplir	Document à fournir
Possibilité N° 1	Vous avez répondu NON à toutes les questions du « Questionnaire de santé » ci-dessus	Vous complétez l'engagement général en cochant la <u>première</u> case
Possibilité N° 2	Vous avez répondu OUI à l'une des questions du « Questionnaire de santé » ci-dessus	Vous complétez l'engagement général en cochant la <u>deuxième</u> case et vous devez fournir un certificat médical (modèle en pièce jointe) en mentionnant bien toutes les activités pratiquées.

Tableaux de garanties PACK ACTIVITES

Tableaux de garanties accidents corporels :

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES GARANTIES			MONTANT DES FRANCHISES
	FORMULE			
	Mini	Midi	Maxi	
ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS				
DECES	13 000 € (1)	19 000 € (1)	39 000 € (1)	
Majoration du capital :				
- Si l'assuré est marié, pacsé ou en concubinage (non séparé)		5 000 €		
- Par enfant à charge (dans la limite de 4 enfants)		5 000 €		
INVALIDITE PERMANENTE				Franchise relative de 5%
- Capital réductible sur la base du taux d'AIPP retenu après consolidation	25 000 € (1)	37 000 € (1)	77 000 € (1)	
INDEMNITE SUITE A COMA				
Versement d'une indemnité égale à	2% du capital décès par semaine de coma dans la limite de 50 semaines sans pouvoir toutefois dépasser le montant dudit capital décès			14 jours
INCAPACITE TEMPORAIRE				
	Néant	12 €	23 €	4 jours
REMBOURSEMENT DE SOINS				
(sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance dans la limite des frais réels)	200% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale			Néant
<u>Avec une sous-limite de :</u>				
- Frais hospitaliers	Selon montant légal			Néant
- Chambre particulière	30 € / jour, maxi 30 jours			Néant
- Prothèse dentaire, par dent (forfait)	250 € (2)	350 € (2)	500 € (2)	Néant
- Bris de lunettes ou lentilles (forfait)	250 € (2)	350 € (2)	500 € (2)	Néant
- Prothèse auditive, par appareil (forfait)		160 € (2)		
- Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles, etc.)		160 € (2)		
Frais de transport primaires (non pris en charge par la SS)	300 € porté à 3 000 € pour les transports par hélicoptère			Néant
FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS		2 500 €		
FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE		1 600 €		15 jours d'arrêt
FRAIS DE REDOUBLEMENT DE L'ANNEE D'ETUDES		1 600 €		2 mois d'arrêt
FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE		1 600 €		35% d'IPP
- En cas de taux d'infirmité permanente > à 35%				

(1) Garantie maximum 1 525 000 € en cas de sinistre collectif

(2) Ce montant s'entend par « sinistre et par année d'assurance » par assuré