



CLUB HANDBALL DE BRY (CHBB)

11 rue Félix Faure, 94360 Bry-sur-Marne · contact@chbb.fr

Questionnaire de santé — sportif mineur

Saison
2026-2027

Ce questionnaire, établi sur le modèle du Ministère chargé des Sports (Cerfa QS-SPORT) repris par les fédérations sportives, dont la Fédération Française d'Athlétisme, permet de déterminer si un(e) licencié(e) mineur(e) du CHBB doit fournir un certificat médical pour la pratique du handball en compétition.

NOM DE L'ENFANT	PRÉNOM	SEXE ☐ F ☐ M	DATE DE NAISSANCE
ÉQUIPE / CATÉGORIE	N° DE LICENCE (SI RENOUVELLEMENT)	NOM DU REPRÉSENTANT LÉGAL	TÉLÉPHONE

À lire avant de répondre : il est de la responsabilité du représentant légal de s'assurer que ce questionnaire est correctement rempli, en présence de l'enfant. Répondez par OUI ou par NON à chaque question ci-dessous.

PARTIE 1 — QUESTIONS À POSER À L'ENFANT MINEUR (à cocher par le représentant légal)

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

- Un problème de santé est-il apparu à la suite d'un exercice physique (malaise, douleur, essoufflement anormal, palpitations...) ? ☐ OUI ☐ NON
- As-tu ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations cardiaques ou un essoufflement inhabituel pendant ou après un effort ? ☐ OUI ☐ NON
- As-tu perdu connaissance ou eu un malaise ? ☐ OUI ☐ NON
- As-tu eu un épisode de sifflement respiratoire (asthme, gêne à la respiration) ? ☐ OUI ☐ NON
- As-tu eu une réaction inhabituelle (fatigue excessive, malaise...) lors d'une pratique par forte chaleur ou forte humidité ? ☐ OUI ☐ NON
- As-tu débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception) ? ☐ OUI ☐ NON
- As-tu été hospitalisé(e) ou opéré(e) ? ☐ OUI ☐ NON
- As-tu constaté une évolution rapide et inhabituelle de ta taille (croissance) ? ☐ OUI ☐ NON
- As-tu constaté une variation importante de ton poids ? ☐ OUI ☐ NON
- As-tu ressenti une douleur ou une gêne articulaire, musculaire ou tendineuse (genou, cheville, épaule...) ? ☐ OUI ☐ NON
- As-tu eu une fracture, une entorse grave ou une blessure nécessitant un arrêt du sport ? ☐ OUI ☐ NON
- As-tu interrompu ta pratique du handball pendant un mois ou plus pour un problème de santé ? ☐ OUI ☐ NON

AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES

- As-tu ressenti une fatigue inhabituelle ? ☐ OUI ☐ NON
- As-tu eu des difficultés à t'endormir ou des troubles du sommeil ? ☐ OUI ☐ NON
- As-tu eu une perte d'appétit ? ☐ OUI ☐ NON
- As-tu eu envie de pleurer plus souvent que d'habitude, ou te sens-tu triste ? ☐ OUI ☐ NON
- As-tu constaté une baisse de tes performances à l'entraînement ou en match ? ☐ OUI ☐ NON
- Ressens-tu une douleur ou une faiblesse liée à une blessure non totalement guérie ? ☐ OUI ☐ NON



CLUB HANDBALL DE BRY (CHBB)

Questionnaire de santé — sportif mineur — saison 2026-2027

ACTUELLEMENT

- 19 As-tu envie d'arrêter la pratique du handball, ou ressens-tu une lassitude vis-à-vis du sport ? ☐ OUI ☐ NON
- 20 Penses-tu avoir besoin d'un avis médical avant de continuer le sport ? ☐ OUI ☐ NON
- 21 As-tu une autre question ou préoccupation de santé à signaler ? ☐ OUI ☐ NON

QUESTIONS AU REPRÉSENTANT LÉGAL

- 22 Un membre de la famille proche de l'enfant est-il décédé subitement et de façon inattendue avant l'âge de 50 ans, ou est-il atteint d'une maladie cardiaque connue ? ☐ OUI ☐ NON
- 23 Avez-vous une inquiétude concernant le poids de votre enfant (obésité, perte de poids importante, trouble du comportement alimentaire) ? ☐ OUI ☐ NON
- 24 Votre enfant a-t-il manqué un examen de santé obligatoire (médecine scolaire, PMI, examen des 0-6 ans) ? ☐ OUI ☐ NON

✓ Réponse « NON » à toutes les questions

Aucun certificat médical n'est requis. Ce questionnaire complété et signé suffit pour la délivrance ou le renouvellement de la licence.

✗ Au moins une réponse « OUI »

Un certificat médical de non contre-indication à la pratique du handball (y compris en compétition) est obligatoire, établi par un médecin.

Représentant légal

Je certifie avoir renseigné ce questionnaire en toute bonne foi et en présence de mon enfant.

Fait à : _____ le : _____

Nom, prénom et signature du représentant légal

Cadre réservé au club

☐ Aucun certificat requis — dossier de licence complet

☐ Certificat médical joint (date : _____)

Reçu le : _____ — Par : _____