



**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ**  
**Sportifs de Haut Niveau**  
**(Suivi médical réglementaire)**  
**Année 20 / 20**

<b>Nom</b>	
<b>Prénom(s)</b>	
<b>Date de naissance</b>	
<b>Année de début</b> de la pratique haut niveau	
<b>Nombre d'heures</b> hebdomadaires d'entraînement	
<b>Nombre de week-ends</b> de compétitions par an	
<b>Coordonnées Médecin traitant</b>	
<b>Statut vaccinal</b> : fournir un certificat médical attestant le cas échéant d'être à jour des vaccinations obligatoires	
<b>Antécédents médicaux et allergies</b> (certificat médical du médecin traitant)	
Prise régulière d'un <b>traitement médicamenteux</b>	OUI NON Si oui, préciser le traitement et pour quelle maladie

<p><b>Hygiène de vie</b> (<i>raier les mentions inutiles ou préciser</i>) :</p> <p>- prise quotidienne de 3 repas (dont petit déjeuner)</p>	OUI	NON	
- qualité de sommeil	<b>Bon</b>	<b>Médiocre</b>	<b>Mauvais</b>
- quantité de sommeil moyenne par nuit en heures	Nombre d'heures =	heures/ nuit	
- <b>Tabac</b>	OUI	NON	
<p>- <b>Alcool</b> : les recommandations de santé publique préconisent de ne pas dépasser 2 à 3 verres d'alcool par jour pour un adulte (<b>MAIS ZERO VERRE AVANT 18 ans</b>), et de rester au moins 2 jours par semaine sans alcool.</p> <p>Vous estimez-vous dans cette fourchette ?</p>	OUI	NON	
- produits stupéfiants :	<b>Jamais</b>	<b>De temps à autre</b>	<b>Régulièrement</b>
- autres sports pratiqués	Loisir		
- niveau de pratique	Compétition : département	région	national
<p><b>Bien-être psychologique :</b></p> <p>- vous considérez-vous en souffrance psychologique d'une manière ou d'une autre ?</p> <p>- dans quel domaine ?</p>	NON	<b>OUI</b>	<p><b>Parfois</b></p> <p><b>Régulièrement</b></p> <p>travail</p> <p>famille</p> <p>sport</p> <p>personnel</p>
<p><b>Bien-être physique :</b></p> <p>vous considérez-vous en bonne forme physique ?</p>	OUI	NON	
<p><b>Si réponse non au-dessus, précisez :</b> (douleur, fatigue, maladie, autre ...)</p>			