

**Arrêté du 22 juin 2022 - art. 2)**

Le questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur prévu à l'article D. 231-1-4-1 figure en annexe II-23.

**Code du sport – ANNEXES**

**Annexe II-23 (art. A231-2 - création Arrêté du 7 mai 2021 - art. 2)**

**QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE  
L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE  
OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION  
DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE,  
HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES**

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.**

<b>Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/></b>	<b>Ton âge : ..... ans</b>	
<b>Depuis l'année dernière</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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"/>
<b>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.</b>		



Pratiquant mineur

Pratique de la compétition en assaut ou pratique de loisir sans compétition, délivrance et renouvellement d'une licence sportive  
Questionnaire de santé " QS-SPORT " MINEUR

**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.

<b>Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/></b>	<b>Ton âge : ..... ans</b>	
<b>Depuis l'année dernière ...</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines) ...</b>		
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"/>

FKBDA – 50, rue Palloy 92110 Clichy – Tel : 07 71 24 35 18

Adresse postale: DELFOSSE Pascal – FKBDA – 160, Rue Pierre et Marie Curie 36000 Châteauroux

[www.fkbda.fr](http://www.fkbda.fr) - mail : [federationkickboxing@gmail.com](mailto:federationkickboxing@gmail.com) – SIRET : 430268755 00039



<b>Aujourd'hui...</b>		
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		
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.



## PRATIQUANT MAJEUR

Pratique de la compétition en assaut ou pratique de loisir sans compétition Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé " QS-SPORT " MAJEUR

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON	O UI	NO N
<b>Durant les douze derniers mois ...</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour...</b>		
7) 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié</b>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions, vous n'avez pas à fournir de certificat médical pour le renouvellement de votre licence ; attestez simplement avoir répondu NON à toutes les questions à l'aide du formulaire fédéral.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, vous devez alors fournir un certificat médical datant de moins de 6 mois. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



**DOCUMENT A REMETTRE A CHAQUE COMBATTANT QUI A FAIT L'OBJET D'UN  
PROTOCOLE COMMOTION POSITIF**

Après examen médical, vous avez fait l'objet d'une forte présomption de commotion cérébrale. Ceci vous impose une période minimale de 28 jours de repos sans combat (pour une première commotion cérébrale) A l'issue de cette période, vous pourrez consulter un médecin (neurologue ou médecin du sport), qui jugera de vos capacités à reprendre les entraînements et les combats. En effet la récupération des troubles secondaires à une commotion cérébrale se fait progressivement sur plusieurs jours. Toutefois, durant cette période ou après cette période si vous constatez, à quelque moment que ce soit, l'apparition de :

- vertiges,
- trouble de la vision,
- vomissements,
- troubles de l'équilibre,
- paresthésies (fourmillements),
- maux de tête,
- troubles de la mémoire ou de la concentration,
- changement de comportement (irritabilité, ralentissement),
- une somnolence excessive,
- 

**il est nécessaire que vous consultiez immédiatement un médecin.**

**Dans tous les cas, il ne faut pas conduire, ne pas boire de l'alcool et ne faire aucun effort, avant d'avoir revu un médecin.**

La commission médicale FKBDA



FKBDA – REGLEMENT MEDICAL

PROTOCOLE COMMOTION

OUTIL D'AIDE AU DIAGNOSTIC

*Note à l'attention du médecin de ring*

Un combattant vient de vous être confié par l'arbitre car il vient de perdre un combat avant la limite (KO ou arrêt de l'arbitre). Il vous appartient de procéder à un examen médical de ce boxeur.

Si, après que le combattant a reçu un ou plusieurs coups à la tête, l'une des décisions arbitrales suivantes a été prononcée :

- KO tête (cérébral, postural ou vasculaire)
- Insuffisance technique (out class)
- Blessure tête (injury head)
- Cumul de comptes (Count Limit)
- Jet de l'éponge
- Non reprise du combat du boxeur

**VOUS DEVEZ OBLIGATOIREMENT EFFECTUER UN PROTOCOLE COMMOTION.**

Au-delà de cette obligation, vous demeurez le seul juge pour décider d'effectuer ou non un diagnostic de dépistage de commotion cérébrale lorsque l'arrêt du combat avant la limite est intervenu après l'une des décisions suivantes :

- KO Corps (foie, plexus, ...)
- Blessure Corps (injury body)

Le Protocole commotion sera effectué à l'aide de l'outil présenté ci-après.

La commission médicale FKBDA



**FFKMDA – REGLEMENT MEDICAL PROTOCOLE**

**COMMOTION**

**OUTIL D'AIDE AU DIAGNOSTIC**

Date et heure :

Manifestation / Compétition :

NOM ET PRENOM DU COMBATTANT :

**Etape 1 : Signaux d'alarme**

**Signaux majeurs**

- |  |           |
|--|-----------|
| <input type="radio"/> Fracture du crâne ou de la face                      | OUI / NON |
| <input type="radio"/> Convulsions ou crise tonique                         | OUI / NON |
| <input type="radio"/> Amnésie  | OUI / NON |
| <input type="radio"/> Détérioration de l'état de conscience (obnubilation) | OUI / NON |
| <input type="radio"/> Céphalée importante                                  | OUI / NON |
| <input type="radio"/>  |           |

**Signaux mineurs**

- |   |           |
|---|-----------|
| <input type="radio"/> Perte de connaissance (quelle que soit la durée)                              | OUI / NON |
| <input type="radio"/> Vomissements  | OUI / NON |
| <input type="radio"/> Vision double (diplopie)  | OUI / NON |
| <input type="radio"/> Troubles de l'équilibre / mauvaise coordination motrice                       | OUI / NON |
| <input type="radio"/> Cervicalgie ou sensibilité  | OUI / NON |
| <input type="radio"/> Faiblesse ou sensation de picotement / brûlure<br>dans les bras ou les jambes | OUI / NON |

**Résultat étape 1**

- 1 signal majeur => Protocole positif
- 2 signaux mineurs => Protocole positif



**Etape 2 : Mini Mental Test**

**. Orientation**

- En quelle année sommes-nous ? 0 / 1
- En quelle saison ? 0 / 1
- Quelle est la date d'aujourd'hui ? 0 / 1
- Où sommes-nous ? 0 / 1
- Dans quelle ville ? 0 / 1

**Total** / 5 (score inférieur à 3 = signal majeur)

**. Apprentissage**

- Le médecin prend une seconde pour prononcer chacun des 3 mots suivant :

**Cigare ... Fleur ... Port**

- Il demande aussitôt après au combattant de les répéter et de s'en souvenir

**. Attention et Calcul :**

- Faire compter le sujet de 7 en 7 en diminuant à partir de 100 (ou de 75 ou de 50)

- 100... 93... 86... 79... 72... 65
- 75 ... 68... 61... 54... 47... 40
- 50... 43... 36... 29... 22... 15

0 / 1 (signal mineur)

**. Apprentissage (suite)**

- Répéter les trois mots mémorisés (rubrique Apprentissage)

0 / 1 (signal majeur)

**Score Mini mental Test : \_\_\_\_ / 7**

**Résultat étape 2**

**- 1 signal majeur => Protocole positif**



Etape 3 : Echelle de Glasgow

. Ouverture des yeux (*indiquer le meilleur score obtenu*)

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| - Nulle                    | 1 |
| - En réaction à la douleur | 2 |
| - Sur demande              | 3 |
| - Spontanée                | 4 |

. Réponse verbale (*indiquer le meilleur score obtenu*)

- |                    |   |
|--------------------|---|
| - Nulle            | 1 |
| - Incompréhensible | 2 |
| - Inappropriée     | 3 |
| - Confuse          | 4 |
| - Normale          | 5 |

. Réponse motrice (*indiquer le meilleur score obtenu*)

- |   |   |
|---|---|
| - Nulle                                     | 1 |
| - Extension en réaction à la douleur        | 2 |
| - Flexion anormale en réaction à la douleur | 3 |
| - Flexion / évitement de la douleur         | 4 |
| - Orientée (localisation de la douleur)     | 5 |
| - Obéit aux ordres                          | 6 |

Résultat étape 3

- Score inférieur ou égal à 8 => signal majeur => Protocole positif

Score sur l'échelle de Glasgow : \_\_\_\_\_ / 15



Etape 4 : Tests complémentaires

Test d'équilibre

- Piétiner sur place, bras tendus. 30 pas en 30 secondes.  
(une déviation inférieure à 30 ° de rotation est acceptée)

0 / 1 (signal mineur)

Test oculomoteur

- Symétrie des pupilles
- Motricité oculaire

0 / 1 (signal majeur)

0 / 1 (signal majeur)

Score tests Equilibre/Oculomoteur : \_\_\_\_ / 3

Résultat étape 4

- 1 signal majeur => Protocole positif

**CONCLUSION MEDICALE**

Au terme de l'examen clinique et du Protocole commotion, la conclusion est la suivante (rayer la mention inutile) :

Manifestation / Compétition :

NOM ET PRENOM DU COMBATTANT :

SEXE / CATEGORIE AGE / CATEGORIE POIDS :

- Pas de commotion cérébrale
- Forte présomption de commotion cérébrale

En cas de forte présomption de commotion cérébrale, et si le médecin le décide, le combattant est évacué vers l'hôpital le plus proche pour y effectuer des examens complémentaires.

Après chaque Protocole POSITIF, le combattant fait l'objet d'une période de suspension conformément aux dispositions prévues par le règlement médical fédéral.

Date :

Nom du médecin :

Signature et tampon (N° Ordre des médecins / RPPS) :

**EN CAS DE FORTE PRESOMPTION DE COMMOTION CEREBRALE, ce document est à transmettre à :**

**FKBDA – Commission médicale  
dans les 48 heures suivant la manifestation**

FKBDA – 50, rue Palloy 92110 Clichy – Tel : 07 71 24 35 18

Adresse postale: DELFOSSE Pascal – FKBDA – 160, Rue Pierre et Marie Curie 36000 Châteauroux

[www.fkbda.fr](http://www.fkbda.fr) - mail : [federationkickboxing@gmail.com](mailto:federationkickboxing@gmail.com) – SIRET : 430268755 00039