

CERTIFICAT MEDICAL catégorie U7 BABY – ATHLE
Découverte de la MOTRICITE USUELLE pour les ENFANTS de 4 à 7 ans
PRATIQUE de l'ATHLETISME HORS COMPETITION

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : F M Né(e) le : _____

Questionnaire à remplir par les parents de l'enfant AVANT la consultation médicale : à conserver par le MEDECIN

Nombre d'heures tous sports confondus pratiquées par semaine :

Blessures ces deux dernières années :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

Médicaments pris chaque jour :

Antécédents personnels médicaux :

chirurgicaux :

Antécédents familiaux :

Date de la dernière consultation chez le dentiste :

Sommeil de _____ h à _____ h

Nombre d'heures par jour devant la télé et jeux vidéo :

Composition du dernier petit déjeuner :

Composition du dernier repas de midi :

Contenus et heures des collations :

Composition du dernier repas du soir :

Quantité d'eau prise par jour :

Prise de compléments alimentaires ou vitamines ? _____ Lesquels ?

Date de la dernière prise d'ampoule de vitamine D :

Examen à remplir par le médecin

Date : _____ Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____

Douleurs et localisations :

Auscultation cardiaque :

Auscultation pulmonaire :

Examen abdominal :

Peau :

Examen du rachis :

Examen des membres :

Palpation des points d'ossification secondaires :

Acuité visuelle OD : _____ OG : _____

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

Découper et donner uniquement le certificat ci-dessous au Club -----

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur

certifie que l'examen clinique ce jour de

confirme l'absence de contre-indication du sport ou de l'Athlétisme HORS COMPETITION.

Date :

Signature :

Cachet du médecin :

CERTIFICAT MEDICAL catégorie U10 EVEIL ATHLETIQUE (enfant de 7 à 10 ans) :
ACTIVITE MOTRICE COMPLEXE et PRATIQUE des RENCONTRES ATHLETIQUES

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : F M Né (e) le : _____

Questionnaire à remplir par les parents de l'enfant AVANT la consultation médicale : à conserver par le MEDECIN

Nombre d'heures tous sports confondus pratiquées par semaine :

Blessures ces deux dernières années :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

Médicaments pris chaque jour :

Antécédents personnels médicaux :

chirurgicaux :

Antécédents familiaux :

Date de la dernière consultation chez le dentiste :

Sommeil : de _____ h à _____ h

Nombre d'heures par jour devant la télé et jeux vidéo :

Composition du dernier petit déjeuner :

Composition du dernier repas de midi :

Contenus et heures des collations :

Composition du dernier repas du soir :

Quantité d'eau prise par jour :

Prise de compléments alimentaires ou vitamines ? _____ Lesquels ? _____

Date de la dernière prise d'ampoule de vitamine D :

Examen à remplir par le médecin

Date : _____ Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____

Douleurs et localisations :

Auscultation cardiaque : _____ Auscultation pulmonaire : _____

Examen abdominal : _____ Peau : _____

Examen du rachis :

Examen des membres :

Palpation des points d'ossification secondaires :

Acuité visuelle OD : _____ OG : _____

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

Découper et donner uniquement le certificat médical ci-dessous au Club -----

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur

certifie que l'examen clinique ce jour de

confirme l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l'Athlétisme EN COMPETITION.:

Date :

Signature :

Cachet du médecin :

ATHLETE DE PLUS DE 15 ANS : EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE D'UNE LICENCE COMPETITION OU RUNNING DE LA FEDERATION FRANÇAISE

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : F M Né(e) le : _____

Nombre d'heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaires ou universitaires) : _____

Spécialités athlétiques pratiquées : _____

Niveau de performance : départemental régional interrégional national

Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif (ou ses parents si l'athlète est mineur) AVANT la consultation et à conserver par le MEDECIN pour dossier patient (Entourer la bonne réponse)

Avez-vous été blessé avec arrêt de l'activité sportive l'an dernier ? oui non

Si oui, précisez : _____

Avez-vous été hospitalisé dans les 5 années précédentes ? oui non

Précisions (année et motif d'hospitalisation) : _____

Avez-vous déjà été opéré ? oui non

Précisions (année et type d'opération) : _____

Êtes-vous soigné pour :

le cœur ? oui non

la tension artérielle ? oui non

le diabète ? oui non

le cholestérol ? oui non

Prenez-vous actuellement des médicaments ? oui non

Si oui lesquels ? _____

À l'effort ou juste après l'effort, avez-vous déjà ressenti

une douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ? oui non

des palpitations (sensation de battements anormaux) ? oui non

un malaise ? oui non

Avez-vous déjà consulté un cardiologue ? oui non

Date du dernier Électrocardiogramme : _____ Résultat ? _____

Date de la dernière prise de sang : _____ Résultat ? _____

Nombre de cigarettes par jour : _____

Nombre de verres de bières, vin ou autre alcool par semaine : _____

Prenez-vous des vitamines ou des compléments alimentaires ? oui non

Si oui lesquels ? _____

Avez-vous des allergies ? oui non

Si oui, lesquelles ? _____

Date de la dernière vaccination contre le tétanos : _____

Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problèmes ? _____

Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou oui non

des morts subites (même de nourrisson) avant 50 ans ?

Si oui précisez : _____

Je soussigné (e) _____ certifie sur l'honneur l'exactitude des
renseignements notés ci-dessus. _____ Date : _____ Signature : _____

Découper et donner uniquement le certificat médical au Club : -----

CERTIFICAT MEDICAL

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

Je soussigné (e) Docteur _____ certifie que l'examen clinique ce jour de
confirme l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l'Athlétisme EN COMPÉTITION.

Je l'informe de l'intérêt de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Date : _____ Signature et Cachet : _____