ANNEXE 4 – MODELES D'EXAMENS ET DE CERTIFICATS MEDICAUX

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

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

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 :

CERTIFICAT MEDICAL de l'ENFANT de 11 à 15 ans
PRATIQUE de l'ATHLETISME en 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

Spécialités athlétiques pratiquées :
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 :
TA : Pouls :
Auscultation cardiaque : Auscultation pulmonaire :
Examen abdominal : Peau :
Examen du rachis : Distance main-sol :
Examen des 4 membres :
Palpation des points d'ossification secondaires : Pied d'appel :
Développement pubertaire (de Tanner) :
Acuité visuelle OD : OG :
Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :
Age des premières règles :

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 :

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 :

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 :

EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE DE LICENCE ATHLE SANTE DANS UN CLUB DE LA FEDERATION FRANÇAISE D'ATHLETISME

NE PAS IMPRIMER RECTO VERSO = CONFIDENTIALITE

NOM : Prénom : Sexe : F M
Né(e) le :
Nombre d'heures de pratique sportive par semaine :
Spécialités sportives pratiquées :

Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif AVANT la consultation médicale et à donner au médecin pour compléter le dossier médical 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 :

Avez-vous des allergies ? oui non
Si oui, lesquelles ?

Date de la dernière vaccination contre le tétanos :

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

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
Combien de verres de bières, vin ou autres alcools buvez-vous par jour ?
Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problèmes ?

Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou des morts subites (même de nourrisson) avant 50 ans ? oui non
Si oui précisez :

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

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE L'ATHLE SANTE HORS COMPETITION

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)
Je soussigné(e) Docteur en médecine
certifie avoir examiné ce jour :
né(e) le :
et confirme l'absence de signes cliniques contre-indiquant la pratique HORS COMPETITION de : (rayer les mentions inutiles)

Marche Nordique - Remise en forme - Running - Condition physique

RECOMMANDATIONS MEDICALES
à destination du Coach Athlé Santé, de l'Animateur Marche Nordique et de l'entraîneur Running

Précautions à prendre concernant (entourer les mentions utiles et préciser le cas échéant) :
L'appareil locomoteur :
- Colonne vertébrale :
- Membres supérieurs :
- Membres inférieurs :
- Mouvements à éviter :

L'appareil cardio-vasculaire :
- Fréquence cardiaque / minute maximale à ne pas dépasser :
- Signes cliniques imposant l'arrêt de l'activité :
- Stage de réhabilitation cardio-respiratoire réalisé : oui non
  Depuis combien de temps ?
- Besoin d'O2 ? oui non Quand ?

L'appareil neurosensoriel :
- Mouvements à éviter :
- Conséquences d'une altération de l'acuité auditive et/ou visuelle :

Autres précautions et/ou préconisations (ex : liées aux traitements en cours, diabète et risque d'hypoglycémie, appareillage éventuel, cicatrices, saturation en oxygène, etc…)
……
……
……
……
……

Certificat médical délivré à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.
Fait à ……
Le ……

Signature du médecin :

Cachet du médecin