

**CERTIFICAT MEDICAL catégories EVEIL ATHLETIQUE et POUSSIN (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 de l'ATHLETISME 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 D'ATHLETISME**

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 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)

Etes-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 ?

A l'effort ou juste après l'effort, avez-vous déjà ressenti  
une douleur dans la poitrine ou un essouffement 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 Electrocardiogramme : 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 de l'ATHLETISME EN COMPETITION.

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 (stade 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 de l'ATHLETISME EN COMPETITION.

Date :

Signature :

Cachet du médecin :