

## ANNEXE 4 – MODELE 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 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 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 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 ne contre indique pas 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 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

ne contre indique pas la pratique de l'ATHLETISME EN COMPETITION :

Date :

Signature :

Cachet du médecin :