



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 du médecin:

Cachet du médecin :