



CERTIFICAT MEDICAL catégorie U10 EVEIL ATHLETIQUE (enfant de 7 à 10 ans)

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 du médecin:

Cachet du médecin :