



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 : oui non
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 du médecin _____

Cachet du médecin: _____