

FICHE MEDICALE EN VUE D'UNE SCOLARITE EN SECTION SPORTIVE SCOLAIRE

Nom	Discipline pratiquée
Prénom	Nombre d'heures
Domicile	Surclassement oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Double surclassement oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Date de naissance	
Antécédents médicaux	Autre discipline pratiquée :
Antécédents chirurgicaux	
Traitement en cours	
Interrogatoire comportant notamment une évaluation psychosociale	
Examen cardio-vasculaire de repos (assis, couché et debout)	
Examen pulmonaire	
ECG de repos (obligatoire la première année d'inscription)	
Evaluation de la croissance et de la maturation : ☞ Examen morpho-statique et anthropométrique ☞ Maturation pubertaire (critères de Tanner)	
Plis cutanés	
Examen de l'appareil locomoteur	
Examen podologique	
Examen dentaire	
Examen neurologique (latéralité, tonus, ...)	
Dépistage des troubles visuels	
Dépistage des troubles auditifs	
Autres (abdomen, etc.)	
Bilan des vaccinations	
Conseils diététiques (si besoin)	
Bandelette urinaire (glucose, protéines, ...)	

Certificat médical de non-contre indication

Je, soussigné, docteur

certifie avoir examiné ce jour

NOM

Prénom

et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique, dans le cadre de la section sportive scolaire

Date

Signature du médecin