

EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE DE LICENCE ATHLE SANTE DANS UN CLUB DE LA FEDERATION FRANÇAISE D'ATHLETISME

NE PAS IMPRIMER RECTO VERSO = CONFIDENTIALITE

NOM : Prénom : Sexe : F M
Né(e) le :
Nombre d'heures de pratique sportive par semaine :
Spécialités sportives pratiquées :

Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif AVANT la consultation médicale et à donner au médecin pour compléter le dossier médical 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 :

Avez-vous des allergies ? oui non
Si oui, lesquelles ?

Date de la dernière vaccination contre le tétanos :

Prenez-vous des vitamines ou des compléments alimentaires ? oui non
Si oui lesquels ?

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
Combien de verres de bières, vin ou autres alcool buvez-vous par jour ?
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 du sportif :

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE L'ATHLE SANTE HORS COMPETITION

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

Je soussigné(e) Docteur en médecine

certifie avoir examiné ce jour :

né(e) le :

et confirme l'absence de signes cliniques contre-indiquant la pratique HORS COMPETITION de : (rayer les mentions inutiles)

Marche Nordique - Remise en forme - Running - Condition physique

RECOMMANDATIONS MEDICALES

à destination du Coach Athlé Santé, de l'Animateur Marche Nordique et de l'entraîneur Running

Précautions à prendre concernant (entourer les mentions utiles et préciser le cas échéant) :

L'appareil locomoteur :

- Colonne vertébrale :
- Membres supérieurs :
- Membres inférieurs :
- Mouvements à éviter :

L'appareil cardio-vasculaire :

- Fréquence cardiaque / minute maximale à ne pas dépasser :
- Signes cliniques imposant l'arrêt de l'activité :
- Stage de réhabilitation cardio-respiratoire réalisé : oui non
- Depuis combien de temps ?
- Besoin d'O2 ? oui non Quand ?

L'appareil neuro-sensoriel :

- Mouvements à éviter :
- Conséquences d'une altération de l'acuité auditive et/ou visuelle :

Autres précautions et/ou préconisations (ex : liées aux traitements en cours, diabète et risque d'hypoglycémie, appareillage éventuel, cicatrices, saturation en oxygène, etc....)

.....

.....

.....

.....

.....

Certificat médical délivré à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.

Fait à

Le

Signature du médecin :

Cachet du médecin