

**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 pulmonaire : | |
| Auscultation cardiaque : | Peau : | | |
| Examen abdominal : | Distance main-sol : | | |
| Examen du rachis : | | | |
| Examen des 4 membres : | Pied d'appel : | | |
| Palpation des points d'ossification secondaires : | | | |
| Développement pubertaire (stade 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

ne contre indique pas la pratique de l'ATHLETISME EN COMPETITION.

Date :

Signature :

Cachet du médecin :