



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



36 avenue Carnot  
63037 Clermont-Ferrand Cedex 1  
☎ 04.73.98.26.50 FAX 04.73.92.83.20

http://lycee.blaisepascal.fr  
0630018C@ac-clermont.fr

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

Nom, Prénom .....	Discipline.....
Date de naissance .....	Nombres d'heures.....
Adresse .....	Surclassement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Code postal ..... Ville .....	Double surclassement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

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 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 **M. Mlle** (nom et prénom).....

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

Date.....

Signature et cachet du médecin