



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

(l'examen médical doit être effectué par un médecin titulaire du CES de médecine du sport ou de la capacité en médecine et biologie du sport ou du diplôme d'étude spécialisée complémentaire de médecine du sport)

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