



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 Date de naissance Adresse Code postal Ville		Discipline..... Nombres d'heures..... Surclassement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Double surclassement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Antécédents médicaux Antécédents chirurgicaux		Autre discipline pratiquée : 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