## 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 cardiaque : Auscultation pulmonaire :
Examen abdominal : Peau :
Examen du rachis : Distance main-sol :
Examen des 4 membres :
Palpation des points d'ossification secondaires : Pied d'appel :
Développement pubertaire (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
Confirme l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l'athlétisme EN COMPETITION.
Date :
Signature :

Cachet du médecin :