

**CERTIFICAT MEDICAL de l'ENFANT de 11 à 15 ans (Catégories benjamin(e) et minime)
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 et 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 : _____

Antécédents personnels 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 ? _____ Si oui, 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 (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