

FICHE MÉDICALE EN VUE D'UNE SCOLARITÉ EN SECTION SPORTIVE SCOLAIRE

Nom	Discipline pratiquée
Prénom	Nombres d'heures
Domicile	Surclassement oui non
Date de naissance	Double surclassement oui 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)
Évaluation 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 visuels
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
 NOM Prénom.....
 et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique , dans le cadre
 de la section sportive scolaire

Date :

Signature du médecin