

ATHLETE DE PLUS DE 15 ANS : EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE D'UNE LICENCE COMPETITION OU RUNNING DE LA FEDERATION FRANÇAISE

NOM : Prénom : Sexe : F M Né (e) le :

Nombre d'heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaires ou universitaires) :

Spécialités athlétiques pratiquées :

Niveau de performance : départemental régional interrégional national

Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif (ou ses parents si l'athlète est mineur) AVANT la consultation et à conserver par le MEDECIN pour dossier patient (Entourer la bonne réponse)

Avez-vous été blessé avec arrêt de l'activité sportive l'an dernier ? Oui Non
Si oui, précisez :

Avez-vous été hospitalisé dans les 5 années précédentes ? Oui Non
Précisions (année et motif d'hospitalisation) :

Avez-vous déjà été opéré ? Oui Non
Précisions (année et type d'opération)

Etes-vous soigné pour :

Le cœur ? Oui Non

La tension artérielle ? Oui Non

Le diabète ? Oui Non

Le cholestérol ? Oui Non

Prenez-vous actuellement des médicaments ? Oui Non

Si oui lesquels ?

A l'effort ou juste après l'effort, avez-vous déjà ressenti
Une douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ? Oui Non

Des palpitations (sensation de battements anormaux) ? Oui Non

Un malaise ? Oui Non

Avez-vous déjà consulté un cardiologue ? Oui Non

Date du dernier Electrocardiogramme : Résultat ?

Date de la dernière prise de sang : Résultat ?

Nombre de cigarettes par jour :

Nombre de verres de bières, vin ou autre alcool par semaine :

Prenez-vous des vitamines ou des compléments alimentaires ? Oui Non

Si oui lesquels ?

Avez-vous des allergies ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Date de la dernière vaccination contre le tétanos :

Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problèmes ?

Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou

Des morts subites (même de nourrisson) avant 50 ans ? Oui Non

Si oui précisez :

Je soussigné (e) _____ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus. Date : Signature :

✂ ----- **Découper et donner uniquement le certificat médical au club :** -----

CERTIFICAT MEDICAL

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

Je soussigné (e) Docteur _____ certifie que l'examen clinique ce jour

De M./Mme _____ confirme l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l'athlétisme EN COMPETITION.

Je l'informe de l'intérêt de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Date : Signature et Cachet :