



COMITE 17 HANDBALL

Le Grand Coudret
100 rue du Dr.Jean – 17100 SAINTES
Tél. : 05.46.93.66.80
Mail : 2217000@hanbdall-france.eu

HANDBALL

COMPTE RENDU D'EXAMEN MEDICAL

Cette fiche devra être remplie correctement et en totalité pour chaque partie concernée. Le nom et la signature du médecin du sport et son tampon sont obligatoires. La date est impérative.

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Catégorie :

EXAMEN ANTHROPOMETRIQUE

Taille :cm Taille assis :cm Envergure :cm

Poids :kg Empan : (main privilégiée)cm Droitier Gaucher

EXAMEN CLINIQUE au repos

Pression artérielle :mmHg Pouls : par min. (P1)

Remarque sur les divers appareils :
.....

Date du dernier bilan dentaire :

Acuité visuelle : droit /10 gauche /10 correction

EXAMEN D'EFFORT 30 flexions complètes en 45 secondes

Pouls après les 30 flexions, 15 sec. x 4 = P2 =

Pouls 2 minutes après l'effort, 15 sec. x 4 = P3 =

Indice = $(P2 - 70 + 2(P3 - P1)) / 10$ =

10

Je soussigné, Docteurcertifie avoir examiné ce jour,

M., Melle,appartenant au club de

et l'autorise à jouer dans la catégorie supérieure.

Date : Signature : Tampon :