## 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 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 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: