EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE DE LICENCE ATHLE SANTE DANS UN CLUB DE LA FEDERATION FRANÇAISE D'ATHLETISME

NE PAS IMPRIMER RECTO VERSO = CONFIDENTIALITE

NOM : Né (e) le : Nombre d'heures de pratique sporti Spécialités sportives pratiquées :	Prénom : ve par semaine :	Sexe :	F M		
Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif AVANT la consultation médicale et à donner au médecin pour compléter le dossier médical patient (Entourer la bonne réponse)					
Avez-vous été blessé avec arrêt de l' Si oui, précisez :		oui	non		
Avez-vous été hospitalisé dans les 5 Précisions (année et motif d'ho	années précédentes ? espitalisation) :	oui	non		
Avez-vous déjà été opéré ? Précisions (année et type d'op	ération) :	oui	non		
Etes-vous soigné pour : - le cœur ?					
- la tension artérielle ?		oui	non		
le diabète ?		oui	non		
le cholestérol ?		oui	non		
		oui	non		
Prenez-vous actuellement des médica Si oui lesquels ?	aments ?	oui	non		
A l'effort ou juste après l'effort, avez- une douleur dans la poitrine ou	vous déjà ressenti				
des palnitations (sensation de b	un essoumement anormal?	oui	non		
 des palpitations (sensation de b un malaise ? 	attements anormaux) ?	oui	non		
di ilididise :		oui	non		
Avez-vous déjà consulté un cardiologic Date du dernier Electrocardiogramme Date de la dernière prise de sang :	ue ? : Résultat : Résultat :	oui	non		
Avez-vous des allergies ? Si oui, lesquelles ?		oui	non		
Date de la dernière vaccination contre	e le tétanos :				
Prenez-vous des vitamines ou des con Si oui lesquels ?	npléments alimentaires ?	oui	non		
Combien de cigarettes fumez-vous par Combien de verres de bières, vin ou a Habituellement vous consultez votre m	utres alcool buyez-vous par jour?				
Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou des morts subites (même de nourrisson) avant 50 ans ? Si oui précisez :		oui	non		
Je soussigné (e) certifie sur l'honneur l'exactitude des ro Date : Signat	enseignements notés ci-dessus.				

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE L'ATHLE SANTE HORS COMPETITION

Je soussigné(e) Docteur en médecine certifie avoir examiné ce jour : né(e) le :			
et confirme l'absence de signes cliniques contre-indiquant la mentions inutiles)	pratique HC	RS COMPETITIO	N de : (rayer les
Marche Nordique - Remise en forme - Running	- Conditio	n physique	
RECOMMANDATIONS MEDICALES à destination du Coach Athlé Santé, de l'Animateur M	arche Nord	ique et de l'ent	traîneur Runni <mark>n</mark> g
Précautions à prendre concernant (entourer les mentions util L'appareil locomoteur : - Colonne vertébrale : - Membres supérieurs : - Membres inférieurs : - Mouvements à éviter :	les et précise	er le cas échéant)):
L'appareil cardio-vasculaire : Fréquence cardiaque / minute maximale à ne pas déparence cardiaque sur l'arrêt de l'activité : Stage de réhabilitation cardio-respiratoire réalisé :	sser :	non	
Depuis combien de temps ? - Besoin d'O2 ?	oui	non	Quand ?
L'appareil neuro-sensoriel : - Mouvements à éviter : - Conséquences d'une altération de l'acuité auditive et/ou	ı visuelle :		
Autres précautions et/ou préconisations (ex : liées aux d'hypoglycémie, appareillage éventuel, cicatrices, saturation e	en oxygène, e	etc)	
Certificat médical délivré à la demande de l'intéressé et remis Fait à .e	en main pro	pre.	
Signature du médecin :	Cachet du	u médecin	