

**CERTIFICAT MEDICAL catégorie U10 EVEIL ATHLETIQUE (enfant de 7 à 10 ans) :**  
**ACTIVITE MOTRICE COMPLEXE et PRATIQUE des RENCONTRES ATHLETIQUES**

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 MEDECIN**

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 à \_\_\_\_\_ 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 :

Auscultation cardiaque :

Auscultation pulmonaire :

Examen abdominal :

Peau :

Examen du rachis :

Examen des membres :

Palpation des points d'ossification secondaires :

Acuité visuelle OD :

OG :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

**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 :