

**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 MEDECIN**

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 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 :  
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 :
---------------------