

**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 : Prénom : Sexe : F M  
Né(e) le :  
Nombre d'heures de pratique sportive par semaine :  
Spécialités sportives pratiquées :

**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'activité sportive l'an dernier ?                   oui                   non  
Si oui, précisez :

Avez-vous été hospitalisé dans les 5 années précédentes ?                   oui                   non  
Précisions (année et motif d'hospitalisation) :

Avez-vous déjà été opéré ?                   oui                   non  
Précisions (année et type d'opération) :

Êtes-vous soigné pour :  
- le cœur ?                   oui                   non  
- la tension artérielle ?                   oui                   non  
- le diabète ?                   oui                   non  
- le cholestérol ?                   oui                   non

Prenez-vous actuellement des médicaments ?                   oui                   non  
Si oui lesquels ?

À l'effort ou juste après l'effort, avez-vous déjà ressenti  
- une douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ?                   oui                   non  
- des palpitations (sensation de battements anormaux) ?                   oui                   non  
- un malaise ?                   oui                   non

Avez-vous déjà consulté un cardiologue ?                   oui                   non  
Date du dernier Électrocardiogramme :                   Résultat :  
Date de la dernière prise de sang :                   Résultat :

Avez-vous des allergies ?                   oui                   non  
Si oui, lesquelles ?

Date de la dernière vaccination contre le tétanos :

Prenez-vous des vitamines ou des compléments alimentaires ?                   oui                   non  
Si oui lesquels ?

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?  
Combien de verres de bières, vin ou autres alcools buvez-vous par jour ?  
Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problèmes ?

Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou des morts subites (même de nourrisson) avant 50 ans ?                   oui                   non  
Si oui précisez :

Je soussigné(e)  
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus.  
Date :                   Signature du sportif :

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

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

Je soussigné(e) Docteur en médecine

certifie avoir examiné ce jour :

né(e) le :

et confirme l'absence de signes cliniques contre-indiquant la pratique HORS COMPETITION de : (rayer les mentions inutiles)

**Marche Nordique - Remise en forme - Running - Condition physique**

## **RECOMMANDATIONS MEDICALES**

**à destination du Coach Athlé Santé, de l'Animateur Marche Nordique et de l'entraîneur Running**

Précautions à prendre concernant (entourer les mentions utiles et préciser le cas échéant) :

### **L'appareil locomoteur :**

- Colonne vertébrale :
- Membres supérieurs :
- Membres inférieurs :
- Mouvements à éviter :

### **L'appareil cardio-vasculaire :**

- Fréquence cardiaque / minute maximale à ne pas dépasser :
- Signes cliniques imposant l'arrêt de l'activité :
- Stage de réhabilitation cardio-respiratoire réalisé :            oui            non
- Depuis combien de temps ?
- Besoin d'O2 ?    oui            non    Quand ?

### **L'appareil neurosensoriel :**

- Mouvements à éviter :
- Conséquences d'une altération de l'acuité auditive et/ou visuelle :

**Autres précautions et/ou préconisations** (ex : liées aux traitements en cours, diabète et risque d'hypoglycémie, appareillage éventuel, cicatrices, saturation en oxygène, etc...)

.....

.....

.....

.....

.....

Certificat médical délivré à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.

Fait à .....

Le .....

Signature du médecin :

Cachet du médecin
-------------------