



## CERTIFICAT MEDICAL ADULTES

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe : F M Né(e) le : ...../...../.....

Nombre d'heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaires ou universitaires) : .....

Spécialités athlétiques pratiquées : .....

Niveau de performance : départemental régional interrégional national

### Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif (ou parents si l'athlète est mineur) remis aux secours si besoin

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 coeur ? ..... 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 ? .....

Nombre de cigarettes par jour : .....

Nombre de verres de bières, vin ou autre alcool par semaine : .....

Prenez-vous des vitamines ou des compléments alimentaires ? ..... oui non

Si oui lesquels ? .....

Avez-vous des allergies ? ..... oui non

Si oui, lesquelles ? .....

Date de la dernière vaccination contre le tétanos : .....

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

✂-----✂-----✂-----✂-----✂-----

### **CERTIFICAT MEDICAL qui sera remis aux responsable des licences**

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

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.:

Je l'informe de l'intérêt de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Date :

Signature

Cachet du médecin

Je soussigné(e) Dr

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

confirme l'exactitude des propos ci-contre

Date

Cachet du médecin

Signature