

FICHE MÉDICALE EN VUE D'UNE SCOLARITÉ EN SECTION SPORTIVE SCOLAIRE

Nom Prénom Domicile Date de naissance	Discipline pratiquée Nombres d'heures Surclassement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Double surclassement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Antécédents médicaux Antécédents chirurgicaux Traitement en cours	Autre discipline pratiquée :

Interrogatoire comportant notamment une évaluation psychosociale
Examen cardio-vasculaire de repos (assis, couché et debout)
Examen pulmonaire
ECG de repos (obligatoire la première année d'inscription)
Évaluation de la croissance et de la maturation : - Examen morpho-statique et anthropométrique - Maturation pubertaire (critères de Tanner)
Plis cutanés
Examen de l'appareil locomoteur
Examen podologique
Examen dentaire
Examen neurologique (latéralité, tonus, ...)
Dépistage des troubles visuels
Dépistage des troubles auditifs
Autres (abdomen, etc.)
Bilan des vaccinations
Conseils diététiques (si besoin)
Bandelette urinaire (glucose, protéines, ...)

Certificat médical de non-contre-indication

Je, soussigné, docteur.....

certifie avoir examiné ce jour

NOM

Prénom

et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique.....
dans le cadre de la section sportive scolaire

Date

Signature du médecin

B.O. n°22 du 29 mai 2003