

MODELE CERTIFICAT MEDICAL ATHLETE DE PLUS DE 15 ANS : EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE D'UNE LICENCE COMPETITION OU RUNNING DE LA FEDERATION FRANÇAISE D'ATHLETISME

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____
Nombre d'heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaires ou universitaires) : _____
Spécialités : _____ Niveau de performance : _____

Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif (ou ses parents si l'athlète est mineur) AVANT la consultation et à conserver par le MEDECIN. (Entourez 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)

Etes-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 ?

A 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 Electrocardiogramme : 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 oui non

des morts subites (même de nourrisson) avant 50 ans ?

Si oui précisez :

Je soussigné _____ certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus

Date : _____ signature du patient ou du parent du mineur :

DECOUPER ET DONNER UNIQUEMENT LE CERTIFICAT AU CLUB

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur _____ certifie que l'examen clinique de ce jour de

Mr, Mme _____ 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 et cachet du médecin :