

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

|                          |                              |     |     |
|--------------------------|------------------------------|-----|-----|
| Nom                      | Discipline pratiquée         |     |     |
| Prénom                   | Nombres d'heures             |     |     |
| Domicile                 | Surclassement                | oui | non |
| Date de naissance        | Double surclassement         | oui | non |
| Antécédents médicaux     | Autre discipline pratiquée : |     |     |
| Antécédents chirurgicaux |                              |     |     |
| Traitement en cours      |                              |     |     |

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