

FICHE MEDICALE EN VUE D'UNE SCOLARITE EN SECTION SPORTIVE SCOLAIRE

A remplir obligatoirement par un médecin titulaire du CES ou de la capacité en médecine et biologie du sport ou diplômés d'études spécialisées complémentaires de médecine du sport

A destination de l'infirmière scolaire

NOM : Prénom : Domicile : Date de naissance :	Discipline pratiquée : Nombre d'heures : Sur classement : OUI /_/ NON /_/ Double sur classement : OUI /_/ NON /_/
Antécédents médicaux : Antécédents chirurgicaux : Traitement en cours :	Autre discipline pratiquée :

Examen biométrique : Poids : Taille : IMC : Estimation de la masse grasse : Plis cutanés : Masse grasse : Masse maigre :
Maturation pubertaire (critères de Tanner) :
Etat vaccinal : A jour Mettre à jour les vaccins suivants :

Examen neurosensoriel :

Motricité – sensibilité : Acuité visuelle :
Réflexes : Audition :
Equilibre : Examen ORL :

Examen ostéo-articulaire :

Statique vertébrale :
Membres sup. :
Membres inf. :
Examen podologique :
Port de semelles :

Palpation abdominale :

.....
.....
.....
.....

Remarques sur l'état psycho-comportemental :

.....
.....

Examen dentaire :

.....
.....

Examen Cardio-vasculaire et respiratoire :

FC de repos : TA bras G : TA bras D :

Auscultation cœur :

Poumon :

Pouls périphériques :

Etat veineux :

Epreuve de Ruffier-Dickson : 30 flexions en 45s.

FC de repos : FC à l'arrêt : FC à 1 mn :

Indice :

ECG de repos (obligatoire la première année) :

Débit Expiratoire de Pointe :

Conseils personnalisés médicaux, diététiques :

.....
.....
.....

Fait le,

Le médecin
(signature et tampon)

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION

(à destination du professeur d'EPS)

Je soussigné, docteur

Certifie avoir examiné ce jour : NOM :

Prénom :

Et qu'il (qu' elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique de

..... dans le cadre de la section sportive scolaire.

Date :

Signature du médecin
