

---

**EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE DE LICENCE ATHLE SANTE**  
**QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL à remplir par le sportif**  
**AVANT la consultation et à DONNER au MEDECIN pour dossier patient**

---

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M Né(e) le : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures tous sports confondus pratiquées par semaine : \_\_\_\_\_

Spécialités athlétiques pratiquées : \_\_\_\_\_

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 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 : \_\_\_\_\_

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, lesquels : \_\_\_\_\_

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

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

---

## CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE L'ATHLE SANTE HORS COMPETITION

---

**Donner uniquement le certificat médical au Club**

### **CERTIFICAT MEDICAL**

(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 HORS COMPÉTITION.

Marche Nordique -  Remise en forme -  Running -  Condition physique

### **RECOMMANDATIONS MEDICALES**

**à destination du Coach Athlé Santé, de l'Animateur Marche Nordique et de l'entraîneur Running**

Précautions à prendre concernant (entourer les mentions utiles et préciser le cas échéant) :

#### **L'appareil locomoteur :**

- Colonne vertébrale :
- Membres supérieurs :
- Membres inférieurs :
- Mouvements à éviter :

#### **L'appareil cardio-vasculaire :**

- Fréquence cardiaque / minute maximale à ne pas dépasser :
- Signes cliniques imposant l'arrêt de l'activité :
- Stage de réhabilitation cardio-respiratoire réalisé :  oui  non  
Depuis combien de temps ? :
- Besoin d'O2 ?  oui  non Quand ?

#### **L'appareil neurosensoriel :**

- Mouvements à éviter :
- Conséquences d'une altération de l'acuité auditive et/ou visuelle :

**Autres précautions et/ou préconisations** (ex : liées aux traitements en cours, diabète et risque d'hypoglycémie, appareillage éventuel, cicatrices, saturation en oxygène, etc...)

Certificat médical délivré à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.

Fait à, \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Cachet et Signature du médecin