
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