
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