
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 : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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 ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez :			
Avez-vous été hospitalisé dans les 5 années précédentes ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisions (année et motif d'hospitalisation) :			
Avez-vous déjà été opéré ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisions (année et type d'opération):			
Êtes-vous soigné pour :			
le cœur ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
la tension artérielle ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
le diabète ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
le cholestérol ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous actuellement des médicaments ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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 ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
des palpitations (sensation de battements anormaux) ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
un malaise ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà consulté un cardiologue ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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 ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels :			
Avez-vous des allergies ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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 ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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