
**QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL A REMPLIR PAR LE SPORTIF MAJEUR
AVANT la consultation et à conserver par le MEDECIN pour dossier patient**

NOM : Prénom : Sexe : F M Né(e) le :

Nombre d'heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaires ou universitaires) :

Spécialités athlétiques pratiquées :

Niveau de performance : départemental régional interrégional national

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 ATHLETE MAJEUR
LICENCE COMPETITION OU RUNNING**

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 du sport ou de l'Athlétisme EN COMPÉTITION.

Je l'informe de l'intérêt de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Fait à, le

Cachet et Signature du médecin