

CERTIFICAT MEDICAL catégories EVEIL ATHLETIQUE et POUSSIN (enfant de 7 à 10 ans) :
ACTIVITE MOTRICE COMPLEXE et PRATIQUE des RENCONTRES ATHLETIQUES

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : F M Né (e) le : _____

Questionnaire à remplir par les parents de l'enfant AVANT la consultation médicale :
à conserver par le MEDECIN

Nombre d'heures tous sports confondus pratiquées par semaine :

Blessures ces deux dernières années :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

Médicaments pris chaque jour :

Antécédents personnels médicaux :

chirurgicaux :

Antécédents familiaux :

Date de la dernière consultation chez le dentiste :

Sommeil de h à h

Nombre d'heures par jour devant la télé et jeux vidéo :

Composition du dernier petit déjeuner :

Composition du dernier repas de midi :

Contenus et heures des collations :

Composition du dernier repas du soir :

Quantité d'eau prise par jour :

Prise de compléments alimentaires ou vitamines ? Si oui, lesquels ?

Date de la dernière prise d'ampoule de vitamine D :

Examen à remplir par le médecin

Date :

Poids :

Taille :

IMC :

Douleurs et localisations :

Auscultation cardiaque :

Auscultation pulmonaire :

Examen abdominal :

Peau :

Examen du rachis :

Distance main-sol :

Examen des 4 membres :

Palpation des points d'ossification secondaires :

Acuité visuelle OD :

OG :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

Découper et donner uniquement le certificat médical ci-dessous au club -----

✂-----✂-----✂-----✂-----✂-----

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur certifie que l'examen clinique ce jour de
..... né(e) le.....

ne contre indique pas la pratique de l'ATHLETISME : HORS COMPETITION (7 à 8 ans) EN COMPETITION (9 à 10 ans).

Date :

Signature & cachet: