

**FICHE MEDICALE EN VUE D'UNE SCOLARITÉ EN SECTION SPORTIVE SCOLAIRE**

NOM :	Discipline pratiquée : -	
Prénom :		
	Nombres d'heures :	

<u>Adresse :</u>	Surclassement :	
	oui	non
CP Ville :	Double surclassement :	
Date de naissance :      .. / .. / .. .	oui	Non

Antécédents médicaux :	Autre discipline pratiquée :
- - - -	- - - -
Antécédents chirurgicaux :	Traitement en cours :
- - - -	- - - -

Interrogatoire comportant notamment une évaluation psychosociale
Examen cardio-vasculaire de repos (assis, couché et debout)
Examen pulmonaire
ECG de repos (obligatoire la première année d'inscription)
Évaluation de la croissance et de la maturation : - Examen morpho-statique et anthropométrique - Maturation pubertaire (critères de Tanner)
Plis cutanés
Examen de l'appareil locomoteur
Examen podologique

Examen dentaire
Examen neurologique (latéralité, tonus, ...)
Dépistage des troubles visuels
Dépistage des troubles auditifs
Autres (abdomen, etc.)
Bilan des vaccinations
Conseils diététiques (si besoin)
Bandelette urinaire (glucose, protéines, ...)

**Certificat médical de non-contre-indication**

Je soussigné, docteur .....

certifie avoir examiné ce jour :

NOM : .....

Prénom : .....

et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique, dans le cadre de la section sportive scolaire

Date : . . / . . / . . .

Signature du médecin