

ATHLETE DE PLUS DE 15 ANS [à partir de la catégorie cadet(te)] : EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE D'UNE LICENCE COMPETITION OU RUNNING DE LA FEDERATION FRANÇAISE D'ATHLETISME

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

Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif AVANT la consultation et à conserver par le MEDECIN pour dossier patient. (Entourer la bonne réponse)

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) : _____

Etes-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 ? _____

A 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 bière, de 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, lesquelles ? _____

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. Signature :

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

CERTIFICAT MEDICAL (Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

Je soussigné(e) Docteur _____ certifie que l'examen clinique ce jour de _____

_____ ne contre indique pas la pratique de l'ATHLETISME EN COMPETITION.

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.

Date : _____

Signature et cachet :