

**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 et 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 : _____
Antécédents personnels 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 : _____
Auscultation cardiaque : _____
Auscultation pulmonaire : _____
Examen abdominal : _____
Peau : _____
Examen du rachis : _____
Examen des 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 _____

ne contre indique pas la pratique de l'ATHLETISME :

HORS COMPETITION (7 à 8 ans)

EN COMPETITION (9 à 10 ans).

Date : _____

Signature :

Cachet du médecin