

**CERTIFICAT MEDICAL de l'ENFANT de 11 à 15 ans  
PRATIQUE de l'ATHLETISME en COMPETITION**

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**

Spécialités athlétiques pratiquées ;  
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 ?                    Lesquels ?  
Date de la dernière prise d'ampoule de vitamine D :

**Examen à remplir par le médecin**

Date :                    Poids :                    Taille :                    IMC :  
Douleurs et localisations :  
TA :                    Pouls :  
Auscultation cardiaque :                    Auscultation pulmonaire :  
Examen abdominal :                    Peau :  
Examen du rachis :                    Distance main-sol :  
Examen des 4 membres :  
Palpation des points d'ossification secondaires :                    Pied d'appel :  
Développement pubertaire (stade de Tanner) :  
Acuité visuelle OD :                    OG :  
Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche ;  
Age des premières règles :

**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 EN COMPETITION.

Date ;  
Signature :

Cachet du médecin :