

**FICHE MEDICALE EN VUE D'UNE SCOLARITE EN SECTION SPORTIVE SCOLAIRE**  
**(A faire remplir par un médecin du sport au plus tôt 3 mois avant la rentrée)**

<b>Nom</b>	<b>Discipline pratiquée</b>
<b>Prénom</b>	<b>Nombre d'heures</b>
<b>Domicile</b>	<b>Surclassement</b> <b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b> <input type="checkbox"/> <b>Double surclassement</b> <b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b> <input type="checkbox"/>
<b>Date de naissance</b>	
<b>Antécédents médicaux</b>	
<b>Antécédents chirurgicaux</b>	<b>Autre discipline pratiquée :</b>
<b>Traitement en cours</b>	
Interrogatoire comportant notamment une évaluation psychosociale	
Examen cardio-vasculaire de repos (assis, couché et debout)	
Examen pulmonaire	
X ECG de repos (obligatoire la première année d'inscription)	(réaliser l'examen avant d'aller chez le médecin du sport)
Evaluation de la croissance et de la maturation : <input type="checkbox"/> Examen morpho-statique et anthropométrique <input type="checkbox"/> 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)	
X Bandelette urinaire (glucose, protéines, )	(réaliser l'examen avant d'aller chez le médecin du sport)

**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

Cette fiche sera adressée sous pli confidentiel par les familles au médecin traitant (s'il est différent du médecin du sport) ainsi qu'au médecin de l'établissement scolaire.
--