

# A<sub>nnexe</sub>

## FICHE MÉDICALE EN VUE D'UNE SCOLARITÉ EN SECTION SPORTIVE SCOLAIRE

Nom	Discipline pratiquée
Prénom	
Domicile	
Date de naissance	
	Nombres d'heures
	Surclassement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Double surclassement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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