ANNEXE 4 – MODELE D'EXAMENS ET DE CERTIFICATS MEDICAUX

ATHLETE DE PLUS DE 15 ANS : 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 Electrocardiogramme : Résultat ?
Date de la dernière prise de sang : Résultat ?
Nombre de cigarettes par jour :
Nombre de verres de bières, 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. Date : Signature :

Découper et donner uniquement le certificat médical 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 :