

**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 (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 confirme l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l'athlétisme EN COMPETITION.

Date :

Signature :

Cachet du médecin :