

FICHE DE CONTROLE MEDICAL EN VUE D'UNE PRATIQUE SPORTIVE INTENSE
CERTIFICAT MEDICAL

Effectué par un médecin titulaire du CES de médecine du sport ou de la capacité en médecine et biologie du sport ou du diplôme d'étude spécialisée complémentaire et médecine du sport

Nom : **Prénom :**

Date de naissance :

Adresse :

Spécialité sportive : **Nombre d'heure/semaine**

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------|-------|
| Antécédents médicaux et chirurgicaux Traitement en cours Vaccinations | | | |
| Morphologie : Appareil locomoteur Trouble de la statique Rachis Membres supérieurs Membres inférieurs | Taille : | Poids : | IMC : |
| Appareil cardio-vasculaire : Pouls tension artérielle Auscultation Test d'effort ECG si nécessaire | | | |
| Appareil respiratoire : Spirométrie Auscultation Perméabilité nasale | | | |
| Examen neurologique : | | | |
| Examen urinaire (bandelettes) | | | |

Je soussigné, Docteur.....

certifie avoir examiné ce jour, l'élève et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique sportive en compétition et dans le cadre :

- de la section sportive scolaire Basketball
- de l'association sportive UNSS et UGSEL
- des activités sportives organisées par l'établissement au cours de l'année scolaire.

autorise le surclassement de catégorie pour les compétitions

Date :

Cachet et signature :