

**FICHE MEDICALE EN VUE D'UNE SCOLARITE
EN SECTION SPORTIVE SCOLAIRE**

<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Domicile</p> <p>Date de naissance</p>	<p>Discipline pratiquée</p> <p>Nombres d'heures</p> <p>Surclassement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Double surclassement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Antécédents médicaux</p> <p>Antécédents chirurgicaux</p> <p>Traitement en cours</p>	<p>Autre discipline pratiquée</p>

- 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)
- Evaluation de la croissance et de la maturation :
 - Examen morfo-statique 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
- Dépistages des troubles auditifs

- | | |
|---|--------------------------|
| Autres (abdomen, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| Bilan des vaccinations | <input type="checkbox"/> |
| Conseils diététiques (si besoin) | <input type="checkbox"/> |
| Bandelette urinaire (glucose, protéines, ...) | <input type="checkbox"/> |

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 du football, dans le cadre de la section sportive scolaire

Date

Signature du médecin *

* **NB** : Cette fiche médicale doit obligatoirement être complétée par un médecin du sport et être accompagnée d'un électrocardiogramme **(Electrocardiogramme obligatoire pour toutes les nouvelles recrues).**