

**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 ? .....

**ATHLETE DE PLUS DE 15 ANS : EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE D'UNE LICENCE COMPETITION OU RUNNING DE LA FEDERATION FRANÇAISE D'ATHLETISME**

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

.....né(e) le.....

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 :