

## FICHE D'EXAMEN MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION APPARENTE À LA PRATIQUE D'UN SPORT

DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL : questionnaire préalable à la visite médicale

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Âge : ..... ans

### Sport(s) pratiqué(s) :

#### Sports collectifs

- Basket-ball
- Base-ball
- Football
- Handball
- Tchoukball
- Hockey sur gazon
- Volley Ball

#### Sports d'expression

- Trampoline
- Danse
- Gymnastique rythmique et sportive (GRS)
- Gymnastique douce
- Zumba

#### Sports duels

- Escrime
- Judo
- Lutte
- Arts martiaux

#### Sports de balle

- Badminton
- Pelote Basque
- Tennis
- Tennis de table
- Squash

#### Sports de plein air

- Aviron
- Canoë-kayak
- Course d'orientation
- Golf
- Planche à voile
- Voile
- Ski Alpin
- Ski Nordique
- Surf
- Athlétisme
- Triathlon
- Cross
- Running
- Cyclisme
- VTT
- Marche Rando

#### Sports à examen spécifique

- Escalade
- Alpinisme
- Spéléologie
- Parachutisme
- Plongée subaquatique
- Rugby
- Sports mécaniques
- Boxe
- Boxe Française
- Voltige
- Biathlon
- Ball trap
- Tir
- Chasse

#### Autres sports individuels

- Natation
- Aquagym
- Haltérophilie
- Tir à l'arc
- Patins à roulettes
- Sports équestres
- Sports de boules
- Sports de quilles
- Pentathlon
- UNSS
- Techniques de cirque

Autres (préciser) :

.....

NB : pour les sports ne figurant pas sur la liste ci-dessus et qui nécessitent un examen spécial préalable à la délivrance d'une licence (exemple : plongée, vol libre), il convient de se référer à la législation en vigueur dans la fédération concernée.



Oui Non

Avez-vous déjà été opéré ?

*Si possible joindre les comptes rendus opératoires.*

Avez-vous déjà été hospitalisé pour traumatisme crânien ?

Avez-vous déjà eu une perte de connaissance, une crise d'épilepsie, une crise de tétanie ou spasmophilie ?

Avez-vous des troubles de la vue, des troubles de l'audition, des troubles de l'équilibre ?

Dans votre famille, avez-vous eu connaissance d'accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenue avant l'âge de 50 ans ou de mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson) ?

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort des malaises ou pertes de connaissance, des douleurs thoraciques ou des palpitations, de la fatigue ou un essoufflement inhabituel ?

Avez-vous une maladie cardiaque, une maladie des vaisseaux, un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu, une hypertension artérielle, un diabète, un cholestérol élevé ou des troubles de la coagulation sanguine ?

Avez-vous déjà eu un électrocardiogramme, une échographie cardiaque, une épreuve d'effort ?

Fumez-vous ? Combien de cigarettes par jour : ..... cigarettes

Depuis combien de temps ? ..... an(s)

Avez-vous des allergies respiratoires (comme des foins, asthme), des allergies cutanées, des allergies à des médicaments ?

Avez-vous consulté un dentiste dans la dernière année ?

Avez-vous déjà eu une luxation articulaire, une ou des fractures, une ou des ruptures tendineuses, des tendinites chroniques, des lésions musculaires, des entorses graves ?

Vos vaccinations sont-elles à jour ?  Je ne sais pas

***Renseignements complémentaires concernant les femmes :***

Prenez-vous un traitement hormonal, une contraception orale ?

Dans votre famille, avez-vous eu connaissance de cas d'ostéoporose ?

Avez-vous eu des fractures de fatigue ou des fractures lors de chutes de votre hauteur ?

Combien d'entraînement effectuez-vous, en heures, par semaine ?  
..... heures

**Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.**

Date et signature

