



Certificat médical de non-contre indication à l'entrée en CLE

| | |
|------------------------|--|
| Nom : | |
| Prénom : | |
| Date de naissance : | |
| Domicile : | |
| Discipline pratiquée : | |
| Nombre d'heures : | |

CONTENU DE LA VISITE

1) Interrogatoire :

- Antécédents médicaux (personnels et familiaux)
- Antécédents chirurgicaux
- Traitement en cours
- Bilan des vaccinations
- Evaluation psychosociale

2) Examen clinique :

- Évaluation de la croissance et de la maturation
- Examen morpho- statique et anthropométrique
- Maturation pubertaire (critères de Tanner)
- Examen cardio vasculaire de repos (assis, couché et debout)

- Examen pulmonaire
- Plis cutanés
- Examen de l'appareil locomoteur
- Examen neurologique (latéralité, tonus, ...)
- Dépistage des troubles visuels
- Dépistage des troubles auditifs
- Autres (abdomen, etc.)
- Examen podologique
- Examen dentaire

3) ECG de repos (obligatoire la 1ère année d'inscription)

4) Bandelette urinaire (glucose, protéines, ...)

5) Conseils diététiques (si besoin)

| | |
|--|--|
| Je, soussigné, Docteur : | |
| Certifie avoir examiné ce jour : | |
| Nom : | |
| Prénom : | |
| et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique de son sport, y compris en compétition. | |
| Date : | |

Signature et cachet du médecin