



**FICHE DE CONTROLE MEDICAL**  
**EN VUE D'UNE SCOLARITE EN SECTION SPORTIVE SCOLAIRE**

NOM Prénom Domicile : Date de naissance :	Discipline pratiquée :  Nombres d'heures :  Surclassement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Antécédents médicaux :  Antécédents chirurgicaux :  .oç  Traitement en cours :	Autre discipline pratiquée :
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 morpho-statique et anthropométrique - Maturation pubertaire (critères de Tanner)	
Plis cutanés	
Examen de l'appareil locomoteur	
Examen podologique	
Examen neurologique (latéralité, tonus,...)	
Autres (abdomen, etc.)	
Bilan des vaccinations VACCIN DTP à jour : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Conseils diététiques (si besoin)	
Bandelette urinaire (glucose, protéines...)	

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION**

Je, soussigné, docteur  
Certifie avoir examiné ce jour,

NOM  
Prénom

et qu'il ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique du sport, dans le cadre de la section sportive scolaire.

Date  
Signature et tampon du médecin