



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 : 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 aucune contre-indication médicale à la pratique du hockey sur glace et de la préparation physique dans le cadre de la section sportive scolaire en complément des entraînements et matchs dans sa catégorie.

Date
Signature et tampon du médecin