

# Annexe

## FICHE MÉDICALE EN VUE D'UNE SCOLARITÉ EN SECTION SPORTIVE SCOLAIRE

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Nom                      | Discipline pratiquée   |
| Prénom                   |  |
| Domicile                 |  |
| Date de naissance        |  |
|                          | Nombres d'heures   |
|                          | Surclassement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non        |
|                          | Double surclassement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Antécédents médicaux     | Autre discipline pratiquée :   |
| Antécédents chirurgicaux |  |
| Traitement en cours      |  |

|   |
|---|
| 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)  |
| Évaluation de la croissance et de la maturation :<br>- Examen morpho-statique et anthropométrique<br>- Maturation pubertaire (critères de Tanner) |
| Plis cutanés  |
| Examen de l'appareil locomoteur   |
| Examen podologique  |
| Examen dentaire   |
| Examen neurologique (latéralité, tonus, ...)  |
| Dépistage des troubles visuels  |
| Dépistage des troubles auditifs   |
| Autres (abdomen, etc.)  |
| Bilan des vaccinations  |
| Conseils diététiques (si besoin)  |
| Bandelette urinaire (glucose, protéines, ...)   |

**Certificat médical de non-contre-indication**

Je, soussigné, docteur.....

certifie avoir examiné ce jour

NOM

Prénom

et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique  
dans le cadre de la section sportive scolaire

Date

Signature du médecin