

**ATHLETE MINEUR DE PLUS DE 15 ANS : EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE  
D'UNE LICENCE COMPETITION OU RUNNING DE LA FEDERATION FRANÇAISE**

NOM : Prénom : Sexe : F M Né(e) le :  
Nombre d'heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaires ou universitaires) :  
Spécialités athlétiques pratiquées :  
Niveau de performance : départemental régional interrégional national

**Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif (ou ses parents si l'athlète est mineur) AVANT la consultation et à conserver par le MEDECIN pour dossier patient** (Entourer la bonne réponse)

Avez-vous été blessé avec arrêt de l'activité sportive l'an dernier ? oui non  
Si oui, précisez :

Avez-vous été hospitalisé dans les 5 années précédentes ? oui non  
Précisions (année et motif d'hospitalisation) :

Avez-vous déjà été opéré ? oui non  
Précisions (année et type d'opération)

Êtes-vous soigné pour :  
le cœur ? oui non  
la tension artérielle ? oui non  
le diabète ? oui non  
le cholestérol ? oui non

Prenez-vous actuellement des médicaments ? oui non  
Si oui lesquels ?

À l'effort ou juste après l'effort, avez-vous déjà ressenti  
une douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ? oui non  
des palpitations (sensation de battements anormaux) ? oui non  
un malaise ? oui non

Avez-vous déjà consulté un cardiologue ? oui non

Date du dernier Électrocardiogramme : Résultat ?

Date de la dernière prise de sang : Résultat ?

Nombre de cigarettes par jour :

Nombre de verres de bières, vin ou autre alcool par semaine :  
Prenez-vous des vitamines ou des compléments alimentaires ? oui non  
Si oui lesquels ?

Avez-vous des allergies ? oui non  
Si oui, lesquelles ?

Date de la dernière vaccination contre le tétanos :

Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problèmes ?

Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou  
des morts subites (même de nourrisson) avant 50 ans ? oui non  
Si oui précisez :

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus. Date : Signature :

**Découper et donner uniquement le certificat médical au Club : -----**

**CERTIFICAT MEDICAL**

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

Je soussigné (e) Docteur certifie que l'examen clinique ce jour de  
confirme l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l'athlétisme EN COMPÉTITION.

Je l'informe de l'intérêt de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Date : Signature et Cachet :