CERTIFICAT MEDICAL de l'ENFANT de 11 à 15 ans **PRATIQUE de l'ATHLETISME en COMPETITION**

NOM:	Prénom :	Sexe: F M	Né (e) le :	
Questionnaire à remplir par les p	parents de l'enfant AVANT la	consultation méd	icale : à conserver par le	
Spécialités athlétiques pratiquées : Nombre d'heures tous sports confond Blessures ces deux dernières années	s:			
Date du dernier vaccin DT Polio Coq Médicaments pris chaque jour : Antécédents personnels médicaux : chirurgicaux :	ueluche :			
Antécédents familiaux : Date de la dernière consultation chez Sommeil de h Nombre d'heures par jour devant la t Composition du dernier petit déjeune	à h élé et jeux vidéo :			
Composition du dernier repas de mid				
Contenus et heures des collations :				
Composition du dernier repas du soir	:			
Quantité d'eau prise par jour : Prise de compléments alimentaires ou vitamines ? Lesquels ? Date de la dernière prise d'ampoule de vitamine D :				
Examen à remplir par le médecin Date : Poids	: Taille :	IMC :		
Douleurs et localisations : TA : Pouls				
Auscultation cardiaque : Examen abdominal : Examen du rachis : Examen des 4 membres :	Peau :	Auscultation pulmonaire : Peau : Distance main-sol :		
Palpation des points d'ossification se Développement pubertaire (de Tanne Acuité visuelle OD : Date du dernier vaccin DT Polio Coq Age des premières règles :	er): OG:	Pie	ed d'appel :	
Découper et donner uniquement le certificat médical ci-dessous au Club				
CERTIFICAT MEDICAL Je soussigné(e) Docteur Certifie que l'examen clinique ce jour Confirme l'absence de contre-indicat		'athlétisme EN CON	MPETITION.	
Date : Signature :		Cachet du médeci	in :	