CERTIFICAT MEDICAL catégorie U7 BABY — ATHLE Découverte de la MOTRICITE USUELLE pour les ENFANTS de 4 à 7 ans

PRATIQUE de l'ATHLETISME HORS COMPETITION

NOM:	Prénom :	Sexe: F M	Né(e) le :	
Questionnaire à remplir par les MEDECIN Nombre d'heures tous sports confor Blessures ces deux dernières année Date du dernier vaccin DT Polio Coo Médicaments pris chaque jour : Antécédents personnels médicaux :	ndus pratiquées par semaine : es : queluche : x : z le dentiste : à h télé et jeux vidéo : er :		nédicale : à	conserver par le
Contenus et heures des collations :				
Composition du dernier repas du so	ir:			
Quantité d'eau prise par jour : Prise de compléments alimentaires d'ampoule Date de la dernière prise d'ampoule		squels ?		
Examen à remplir par le médecin Date : Poids Douleurs et localisations : Auscultation cardiaque : Examen abdominal : Examen du rachis : Examen des membres : Palpation des points d'ossification se Acuité visuelle OD : Date du dernier vaccin DT Polio Cod	Auscultation Peau : econdaires : OG :	IMC : n pulmonaire :		
Découper et donner uniquement le certificat ci-dessous au Club				
CERTIFICAT MEDICAL Je soussigné(e) Docteur Certifie que l'examen clinique ce jou Confirme l'absence de contre-indica Date : Signature :		e HORS COMPETI Cachet du médec		