

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 parents de l'enfant AVANT la consultation médicale : à conserver par le MEDECIN Nombre d'heures tous sports confondus pratiqués par semaine :

Blessures ces deux dernières années : Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

Médicaments pris chaque jour : Antécédents personnels médicaux :

chirurgicaux : Antécédents familiaux : Date de la dernière consultation chez le dentiste :

Sommeil de h à h Nombre d'heures par jour devant la télé et jeux vidéo : Composition du dernier petit déjeuner :

Composition du dernier repas de midi :

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 : Auscultation cardiaque :

Auscultation pulmonaire : Examen abdominal : Peau : Examen

du rachis : Examen des membres : Palpation des points d'ossification

secondaires : Acuité visuelle OD : OG : Date du

dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

Découper et donner uniquement le certificat ci-dessous au club de l'ACVA

CERTIFICAT MEDICAL Je soussigné(e) Docteur certifie que
l'examen clinique ce jour de confirme l'absence de
contre-indication du sport ou de l'athlétisme HORS COMPETITION.

Date :

Signature :

Cachet du médecin :