**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 pratiquées 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 :