FICHE MEDICALE EN VUE D'UNE SCOLARITE EN SECTION SPORTIVE SCOLAIRE

Nom : Prénom : Domicile : Date de naissance :	Discipline pratiquée : hockey sur gazon Nombre d'heures : 3H00 / semaine Surclassement : ☐ oui ☐ non Double surclassement : ☐ oui ☐ non
Antécédents médicaux : Antécédents chirurgicaux : Traitement en cours :	Autre discipline pratiquée :

Interrogatoire comportant notamment une évaluation psychosociale
Examen cardio-vasculaire de repos (assis, couché et debout)
Examen pulmonaire
ECG de repos (obligatoire uniquement la 1ère année d'inscription)
Evaluation de la croissance et de la maturation : - Examen morpho-statique et anthropométrique - Maturation pubertaire (critères de Tanner)
Plis cutanés
Examen de l'appareil locomoteur
Examen podologique
Examen dentaire
Examen neurologique (latéralité, tonus,…)
Dépistage des troubles visuels
Dépistage des troubles auditifs
Autres (abdomen, etc)
Bilan des vaccinations
Conseils diététiques (si besoin)
Bandelette urinaire (glucose, protéïnes,…)

Cette fiche sera adressée sous pli confidentiel par les familles au médecin traitant (s'il est différent du médecin du sport) ainsi qu'au médecin de l'établissement scolaire. Le certificat de non contre-indication à la pratique du hockey sur gazon de la section sportive est adressé au chef d'établissement.

135, RUE VOLTAIRE B.P. 72
59635 WATTIGNIES CEDEX
TEL :03.20.96.32.92
FAX :03.20.60.25.45

CERTIFICAT MEDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION
à la pratique du hockey sur gazon en compétition

Pour être recevable, ce certificat doit impérativement être établi par un médecin du sport

Je, soussigné, docteur

Certifie avoir examiné ce jour

Nom

Prénom

Et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique du **hockey sur gazon** en compétition dans le cadre d'une section sportive scolaire

Date :

Signature et cachet du médecin