

FICHE DE CONSULTATION DE NON CONTRE-INDICATIONS A LA PRATIQUE : LOISIRS, EDUCATIF, ASSAUT

| disciplines | | | | | |
|---------------------------|-----------------|----------|--------------|------|--------|
| Pratique éducative | Parcours jeunes | Educatif | Light Assaut | Semi | Autres |
| MUAYTHAI | | | | | |
| KICK-BOXING | | | | | |
| FULL CONTACT | | | | | |
| KI RULES | | | | | |
| BOXE AMERICAINE | | | | | |
| KUNG FU CONTACT SANDA | | | | | |
| PANCRACE | | | | | |
| MUSICAL FORM | | | | | |
| AEROKICK | | | | | |
| CONTACT DEFENSE | | | | | |

Ce certificat peut être établi par tout médecin titulaire du diplôme français de docteur en médecin

Recommandations à l'attention des médecins

Cher confrère,

Vous êtes amené à examiner un sportif qui désire pratiquer un sport de contact dans la catégorie loisirs ou éducatif.

Cette activité sportive et ludique ne présente pas de caractéristiques particulières.

Il relève de votre seule décision de déterminer les examens complémentaires qu'il vous paraîtra utile de demander pour établir ou non ce certificat.

Toutes les contre-indications médicales aux sports s'appliquent.

On peut retenir en particulier les contre-indications médicales suivantes :

- hernie pariétale, éventrations.
- hépatomégalie et/ ou splénomégalie
- antécédents de coma ou de lésions cérébrales
- trouble de l'équilibre
- épilepsie

Concernant les femmes :

contre-indication temporaire pour les femmes enceintes ou qui allaitent.

ANTECEDENTS MEDICAUX

À remplir par le postulant avec l'aide éventuelle du médecin consulté

ANTECEDENTS FAMILIAUX

*

**

| | | | | |
|----------------|-----|-----|--|-----|
| Cardiaques | Oui | Non | | Oui |
| Neurologiques | Oui | Non | | Oui |
| Psychiatriques | Oui | Non | | Oui |
| Diabète | Oui | Non | | Oui |
| Cholestérol | Oui | Non | | Oui |
| Triglycérides | Oui | Non | | Oui |
| Allergique | Oui | Non | | Oui |

ANTECEDENTS PERSONNELS

| | | | | |
|--|-----|-----|--|-----|
| Asthme | Oui | Non | | Oui |
| Tuberculose | Oui | Non | | Oui |
| Maladies du cœur palpitations douleurs | Oui | Non | | Oui |
| Maladies des reins et des voies urinaires | Oui | Non | | Oui |
| Appareil génital | Oui | Non | | Oui |
| Diabètes | Oui | Non | | Oui |
| Maladies du sang | Oui | Non | | Oui |
| Transfusion | Oui | Non | | Oui |
| Méningite encéphalite | Oui | Non | | Oui |
| Epilepsie | Oui | Non | | Oui |
| Perte de connaissance | Oui | Non | | Oui |
| maux de tête | Oui | Non | | Oui |
| tremblements troubles de l'équilibre, vertiges | Oui | Non | | Oui |
| traumatisme crânien avec ou sans perte de connaissance précisez | Oui | Non | | Oui |
| Antécédents psychiatriques | Oui | Non | | Oui |
| troubles du comportement | Oui | Non | | Oui |
| rhumatisme articulaire aigu | Oui | Non | | Oui |
| maladies vénériennes | Oui | Non | | Oui |
| maladie de la peau | Oui | Non | | Oui |
| réactions allergiques | Oui | Non | | Oui |
| fracture du crâne des vertèbres | Oui | Non | | Oui |
| autres fractures précisez..... précisez : | Oui | Non | | Oui |
| autre maladie ou accident précisez..... | Oui | Non | | Oui |
| intervention chirurgicale précisez..... | Oui | Non | | Oui |
| traitement médicamenteux régulier précisez..... | Oui | Non | | Oui |

Vaccinations : (date) : BCG :..... Tétanos/polio :.....

*antécédents au moment de la prise de la première licence
 **antécédents déclarés lors de la prise d'autres licences

**EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES
SPORTS DE CONTACT A L'ENTRAINEMENT EN PRATIQUE EDUCATIVE EN
LOISIRS ET EN COMPETITION ASSAUT**

L'âge minimum de pratique des sports de contact est de quatre ans

EXAMEN CLINIQUE

Taille : Poids : IMC : Percentile : (Pour les moins de 18 ans)

- examen morpho-statique : Rachis : MI :

MS :

Empreintes

podologiques :

- appareil cardio-vasculaire : FC de repos : TA de repos :

Auscultation cardiaque :

- examen pulmonaire :

- examen ostéo-articulaire :

- examen neurologique :

- examen stomatologique (denture) : Caries, obturations, dents manquantes, malpositions

dentaires :

.....

- examen O.R.L. (acuité auditive tympan perméabilité nasale) :

- aires ganglionnaires :

- examen abdominal (sangle abdominale, orifices herniaires, cicatrices, hépatomégalie,

splénomégalie) :

- examen génito-urinaire :

- examen dermatologique :

- examen ophtalmologique : acuité visuelle : Mobilité oculaire :

Champ visuel aux doigts : RPM : ROM :

Anomalies des annexes :

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES
SPORTS DE CONTACT A L'ENTRAINEMENT EN PRATIQUE EDUCATIVE EN
LOISIRS ET EN COMPETITION ASSAUT**

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné le :

(En lettres capitales)

(Date de l'examen)

Certifie avoir examiné M.....

Né (e) le :

Mr/Melle.....

(Mentionner le nom et prénom)

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique de l'entraînement, de loisirs et d'assaut en compétition des sports de contact.

Fait à : le :

Signature et cachet du médecin