

FICHE MEDICALE à rendre par tous les candidats à rendre le jour de la rentrée

fiche à remplir par un médecin agréé

NOM du médecin :

Adresse :

Numéro d'agrément :

en profiter pour faire remplir le papier de licence club

NOM du candidat : Prénom du candidat :

Date et Lieu de naissance du candidat :

Noms et adresse(s) des parents :

N° de téléphone des parents : N° portable des parents :

Discipline : BASKET-BALL	Nombre d'heures hebdomadaires : 6 HEURES	Surclassement : OUI / NON
---------------------------------	---	----------------------------------

Antécédents médicaux ou chirurgies :	Traitement en cours :
--------------------------------------	-----------------------

Vaccinations :

Morphologie			
Taille :	Poids :	% masse grasse :	
Trouble de la statique			
Rachis :	Membres supérieurs :	Membres inférieurs :	
Appareil cardio-vasculaire			
Pouls :	Tension artérielle :	Auscultation ECG (repos) :	Test d'Effort :
Appareil Respiratoire			
Spirométrie :	Auscultation :	Perméabilité nasale :	

CERTIFICAT PREALABLE A LA PRATIQUE

Je, soussigné Docteur, certifie avoir examiné ce jour le candidat nommé ci-dessus.

Je déclare ce candidat APTE - INAPTE à la pratique du basket-ball dans le cadre de la section sportive.

Je contre-indique la pratique du sport suivant (si nécessaire) :

Signature et tampon du médecin

A, le