

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

**2019-2020**

Conformément au [BOEN n° 22 du 29/05/2003](#) Examen et suivi médical des élèves des sections sportives scolaires  
-repris par la [circulaire rectorale / DRJSCS N° 4149 du 12 avril 2010](#) (examens et suivi médical des élèves)

|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nom</b>                                                                                                                                                                                          | <b>Discipline pratiquée</b>                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Prénom</b>                                                                                                                                                                                       | <b>Nombre d'heures</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Domicile</b>                                                                                                                                                                                     | <b>Surclassement</b><br><div style="text-align: right;"> <b>oui</b>   <input type="checkbox"/>    <b>non</b>   <input type="checkbox"/> </div> <b>Double</b><br><div style="text-align: right;"> <b>oui</b>   <input type="checkbox"/>    <b>non</b>   <input type="checkbox"/> </div> |
| <b>Date de naissance</b>                                                                                                                                                                            | <b>surclassement</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Antécédents médicaux</b>                                                                                                                                                                         | <b>Autre discipline pratiquée :</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Antécédents chirurgicaux</b>                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Traitement en cours</b>                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Interrogatoire comportant notamment une évaluation psychosociale                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Examen cardio-vasculaire de repos (assis, couché et debout)                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Examen pulmonaire                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ECG de repos (obligatoire la première année d'inscription)                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Evaluation de la croissance et de la maturation :<br><input type="checkbox"/> Examen morpho-statique et anthropométrique<br><br><input type="checkbox"/> 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, protéines, ...) |

### **Certificat médical de non-contre indication**

Je, soussigné, docteur .....

certifie avoir examiné ce jour

NOM

Prénom

et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique, dans le cadre de la section sportive scolaire

Date

Signature du médecin