



Certificat médical de non-contre indication à l'entrée en CLE

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Domicile :	
Discipline pratiquée :	
Nombre d'heures :	

CONTENU DE LA VISITE

1) Interrogatoire :

- Antécédents médicaux (personnels et familiaux)
- Antécédents chirurgicaux
- Traitement en cours
- Bilan des vaccinations
- Evaluation psychosociale

2) Examen clinique :

- Évaluation de la croissance et de la maturation
- Examen morpho- statique et anthropométrique
- Maturation pubertaire (critères de Tanner)
- Examen cardio vasculaire de repos (assis, couché et debout)

- Examen pulmonaire
- Plis cutanés
- Examen de l'appareil locomoteur
- Examen neurologique (latéralité, tonus, ...)
- Dépistage des troubles visuels
- Dépistage des troubles auditifs
- Autres (abdomen, etc.)
- Examen podologique
- Examen dentaire

3) ECG de repos (obligatoire la 1ère année d'inscription)

4) Bandelette urinaire (glucose, protéines, ...)

5) Conseils diététiques (si besoin)

Je, soussigné, Docteur :	
Certifie avoir examiné ce jour :	
Nom :	
Prénom :	
et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique de son sport, y compris en compétition.	
Date :	

Signature et cachet du médecin