

EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE DE LICENCE DANS UN CLUB

(Recommandé par la Commission Médicale de la FFA)

**ATHLÉ**
FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ATHLÉTISME**Nom****Prénom**

Né(é) le :

Sexe:

M

F

Nombre d'heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaire) :

Spécialités athlétique pratiquées :

Niveau de performance :

Départemental

Régional

Interrégional

National

Questionnaire médical confidentiel à remplir par le sportif avant consultation médicale (Entourer la bonne réponse)

OUI

NON

Avez-vous été hospitalisé dans les 5 années précédentes ?	OUI	NON
Précisions (année et motif d'hospitalisation)		
Avez-vous déjà été opéré ?	OUI	NON
Précisions (année et type d'opération)		
Etes-vous soigné pour		
Le cœur ?	OUI	NON
La tension artérielle ?	OUI	NON
Le diabète ?	OUI	NON
Le cholestérol	OUI	NON
Prenez-vous actuellement des médicaments ?	OUI	NON
Si oui, lesquels ?		
Prenez-vous des vitamines ou des compléments alimentaires ?	OUI	NON
Si oui, lesquels ?		
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?		
Combien de verres de bières, vins ou autres alcools buvez-vous par jour ?		
Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problème ?		
Avez-vous été blessé de l'activité sportive l'an dernier ?	OUI	NON
Si oui, précisez ?		
Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou des mort subites (même de nourisson) avant 50 ans ?	OUI	NON
Si oui, précisez ?		
A l'effort ou juste après l'effort, avez-vous déjà ressenti :		
Une douleur dans la poitrine ou un essouffement anormal ?	OUI	NON
Des palpitations (sensation de battements anormaux)	OUI	NON
Un malaise ?	OUI	NON
Avez-vous des allergies ?	OUI	NON
Si oui, lesquelles ?		
Avez-vous déjà consulté un Cardiologue ?	OUI	NON
Date du dernier Electrocardiogramme ?		Résultat ?
Date de la dernière prise de sang ?		Résultat ?
Date de la dernière vaccination contre le tétanos ?		

Je soussigné(e)
ci-dessus.

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés

CERTIFICAT MEDICAL

pris en application des articles L. 231-2-2 du Code du Sport

Je soussigné, Docteur :

Demeurant à :

Avoir examiné :

Né(e) le : / /

Demeurant à :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'Athlétisme, **de contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en compétition.**

Je l'informe de l'intérêt de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Fait à , le / /



Cachet de Signature du Médecin

Article 2.1.2 des Règlements généraux de la fédération Française d'Athlétisme :

Les personnes qui demandent un eLicence, à l'exclusion des Non-pratiquants (Licence Athlé Encadrement), doivent produire :

- Un certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en Compétition pour les licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte et Athlé Running ainsi que pour le titre de participation Pass' running;
- Un certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'Athlétisme pour la Licence Athlé Santé.

Ce certificat médical, établi par un médecin de leur choix, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur et être daté de moins de trois mois au moment de la demande de création ou de renouvellement de la Carte d'Adhérent.