

Sports-Arts-Etudes dans la scolarité obligatoire

Questionnaire médico-sportif

*Ce questionnaire reste la propriété du médecin traitant.
Il ne doit pas être transmis avec la demande d'inscription.*

Partie 1 (à remplir par le patient et à remettre au médecin)

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: ____ / ____ / ____

Club: _____

1. Famille

Y a-t-il, dans votre famille, des maladies telles que:

☐ diabète☐ infarctus☐ cancer☐ allergies☐ autres _____**2. Vous-même**

Avez-vous actuellement ou avez-vous eu des problèmes de santé (maladies, opérations, etc.) ?

☐ Non☐ Oui _____

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes concernant l'appareil locomoteur (blessures, lésions de surcharge, opérations) ?

☐ Non☐ Oui. Lesquels : _____

À quand remonte votre dernier contrôle dentaire ?

☐ 12 mois☐ plus de 12 mois

Prenez-vous régulièrement des médicaments ?

☐ Non

☐ Oui _____

3. Sport

- Rythme des entraînements par semaine (moyenne 8 dernières semaines):

_____ unités/semaine _____ heures/semaine

- Courbe de la performance des 2 dernières années:

☐ ascendante ☐ stationnaire ☐ descendante

- Prenez-vous des compléments (médicaments ou autres) ?

☐ Non

☐ Oui. Lesquels : _____

4. Auto-évaluation

Vous sentez-vous actuellement en pleine possession de vos aptitudes physiques ? Aucun médicament ou autres n'influe-t-il sur vos performances lors des entraînements et compétitions ?

☐ Oui

☐ Non. Expliquez pourquoi: _____

5. Questions supplémentaires pour sportives

Menstruations/règles: ☐ sp

Prenez-vous la pilule: ☐ oui ☐ non

Partie 2 (à remplir par le médecin)

Taille: _____ Poids: _____ BMI: _____

1. Tête

sp constatations importantes

Yeux	☐	_____
Sinus	☐	_____
Dentition	☐	_____
Gorge/Amygdales	☐	_____
Oreilles/Tympan	☐	_____
Thyroïde	☐	_____
Autre	☐	_____

2. Thorax

Auscultation	☐	_____
Battements du cœur	☐	_____
Autre	☐	_____

3. Cœur/Circulation

TA: ____ / ____ mmHG Puls: ____ /min

Auscultation	☐	_____
Battements du cœur	☐	_____
Pouls périphérique	☐	_____
Veines	☐	_____
ECG	☐	oui: _____

sp constatations importantes

4. Peau

☐ _____

5. Abdomen

Palpation ☐ _____

Foie ☐ _____

Rate ☐ _____

Reins ☐ _____

Hernies/Organes génitaux ☐ _____

6. Système nerveux

Réflexes ☐ _____

Sensibilité ☐ _____

Motricité ☐ _____

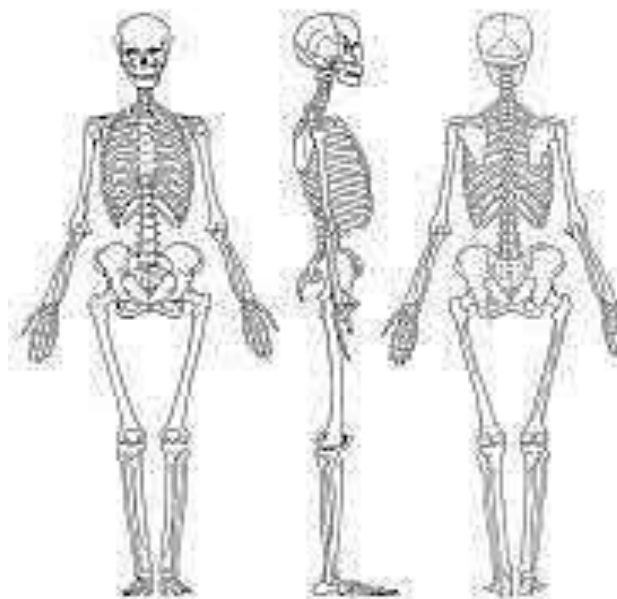
7. Ganglions

☐ _____

8. Colonne vertébrale/Tronc

	sp	constatations importantes
Dos	☐	_____
Bassin	☐	_____
Longueur de jambe	☐	_____
Colonne scapulaire	☐	_____
Coudes	☐	_____
Mains	☐	_____
Hanches	☐	_____
Genoux	☐	_____
Chevilles	☐	_____
Pieds	☐	_____
Etirement musculaire/ souplesse	☐	_____

Marquer les constatations pathologiques:



9. Conclusions

☐ Apte au sport sans réserve

☐ Apte avec réserve

☐ Inapte

Suggestions: _____

Date: _____

Signature: _____