



Visite effectuée par un médecin titulaire du CES de médecine du sport ou de la capacité en médecine et biologie du sport ou du diplôme d'étude spécialisée complémentaire de médecine du sport. **L'ECG de repos est obligatoire la première année d'inscription.**

NOM : **Discipline pratiquée : TRIATHLON**
PRENOM : **Nombres d'heures hebdomadaire :**
ADRESSE :
Date de naissance : Autre(s) discipline(s) pratiquée(s) :

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Traitement en cours :

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) :

Évaluation de la croissance et de la maturation :

- Examen morpho-statique et anthropométrique :

- 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 _____ titulaire du CES de médecine du sport,
certifie avoir examiné ce jour _____

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

Date : _____ Signature et cachet du médecin