

**EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE DE LICENCE ATHLE SANTE DANS UN CLUB DE LA FEDERATION FRANÇAISE D'ATHLETISME**

**NE PAS IMPRIMER RECTO VERSO = CONFIDENTIALITE**

NOM : Prénom : Sexe : F M  
Né(e) le :  
Nombre d'heures de pratique sportive par semaine :  
Spécialités sportives pratiquées :

**Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif AVANT la consultation médicale et à donner au médecin pour compléter le dossier médical patient** (Entourer la bonne réponse)

Avez-vous été blessé avec arrêt de l'activité sportive l'an dernier ? oui non  
Si oui, précisez :

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 ?

A l'effort ou juste après l'effort, avez-vous déjà ressenti  
- une douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ? oui non  
- des palpitations (sensation de battements anormaux) ? oui non  
- un malaise ? oui non

Avez-vous déjà consulté un cardiologue ? oui non  
Date du dernier Electrocardiogramme : Résultat :  
Date de la dernière prise de sang : Résultat :

Avez-vous des allergies ? oui non  
Si oui, lesquelles ?

Date de la dernière vaccination contre le tétanos :

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, vin ou autres alcool buvez-vous par jour ?  
Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problèmes ?

Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou des morts subites (même de nourrisson) avant 50 ans ? oui non  
Si oui précisez :

Je soussigné(e)  
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus.  
Date : Signature du sportif :