



DOSSIER MEDICAL **POLE ESPOIRS U18** **CENTRE D'ENTRAINEMENT U15**

Questionnaire médical :

Ce document est à remplir de façon rigoureuse et précise. Il est à adresser **sous pli confidentiel** au Dr TRAMON (Médecin référent du club pour le centre de haut niveau) avec le dossier d'inscription.

NOM Prénom

.....

Date de naissance

Catégorie U15 U18

Adresse :

.....

.....

.....

.....

Tel : fixe Portable du joueur

.....

Portable des parents (Père) / (Mère)

.....

Adresse mail

@.....

Personne à prévenir en cas d'urgence (Si autre que les parents, précisez Nom et

Numéro) :

.....
.....

NOM et prénom du responsable légal :

.....

N° de Sécurité sociale

.....

Coordonnées du médecin traitant

.....

.....

.....

Un bilan médical a t-il été fait ?

oui non

Es-tu sportif de haut niveau ?

oui non

Depuis quelle date ?

Es-tu en équipe nationale ?

oui non

Pratiques-tu un autre sport ?

oui non

Si oui, lequel ? et A quelle fréquence ?

.....

Pour les cadets :

As-tu fait l'objet d'un suivi longitudinal médical contrôlé ?

oui non

Dopage :

Un test de dépistage a t-il été fait dans les deux dernières années ?

oui non

Résultat :

As-tu fait une échographie cardiaque ?

oui non

Hygiène de l'entraînement :

T'échauffes-tu avant ta pratique sportive ? oui

non

Fais-tu des étirements après ta pratique sportive ? oui

non

Bois-tu correctement avant, pendant et après l'effort ? oui

non

Fais-tu de la musculation ? oui

non

Nombre d'heures par semaine :

As-tu eu une interruption de ta pratique sportive ? oui

non

Si oui, quand ? durée

Pour quelle raison ?

Antécédents familiaux

(précisez le lien de parenté) :

.....
.....
.....

- Cardio-vasculaires :

.....

- Métaboliques (diabète, cholestérol ...) :

.....

- Allergiques (précisez) :

.....

- Neurologiques (épilepsie ...) :

.....

- Psychiatriques :

.....

- Autres :

.....

.....

Antécédents personnels :

Chirurgicaux :

As-tu déjà subi une intervention chirurgicale ? oui

non

Si oui, laquelle ?

.....
Autres chirurgies ? (Précisez l'année)

.....
.....
.....
.....
.....

Autres antécédents :

- Cardio-vasculaires :

.....

- Respiratoires :

.....

- O.R.L. :

.....

.....

- Neurologiques :

.....

- Psychiatriques :

.....

- Dermatologiques :

.....

- Maladies infectieuses :

.....

- Urologiques :

.....

Portes-tu des lentilles ?

oui non

- Troubles métaboliques (diabète, cholestérol, acide urique, obésité ...) :

oui non

Précisez

.....

.....

- Troubles endocriniens (thyroïde, surrénales, hypophyse ...) :

oui non

Précisez

.....

.....

- Allergies (respiratoire, cutanée, ...) :

oui non

Précisez

.....

.....

- Antécédents sportifs : blessure, accident ?

oui non

Précisez

.....

.....

- Antécédents non-sportifs : traumatisme ?

oui non

Précisez

.....

.....

- As-tu un traitement médicamenteux ?

oui non

Précisez

.....

.....

Vaccinations :

Es-tu à jour de tes vaccins ? oui

non

DT Polio : date du dernier rappel

Hépatite B : oui

non

Quel est ton groupe sanguin (si tu le connais) ?

A⁺ / A⁻ B⁺ / B⁻ O⁺ / O⁻ AB⁺ / AB⁻

(Cochez et Entourez la mention utile)

Habitudes de vie :

As-tu un bon sommeil ? oui

non

Nombre d'heures ?

Tabac : fumes-tu actuellement ? oui

non

Combien de cigarettes par jour ?

Alcool :

Consommes-tu des boissons alcoolisées régulièrement ? oui

non

Stupéfiants : fais-tu usage de stupéfiants ? oui

non

Prends-tu des compléments vitaminés ? oui

non

Prends-tu des poudres (ou compléments) protéinées : oui

non

Alimentation :

As-tu des habitudes alimentaires particulières
ou des régimes alimentaires ? oui

non

Précisez

.....

.....

.....

.....

Fait à

.....

Le

*Je soussigné,,
Représentant légal de l'enfant, certifie l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus.*

Signature du Représentant Légal :

Signature du sportif :