

Nom du sportif :

Prénom du sportif :

Date :

Réalisée par :

Lieu :

### **Bilan morpho métrique au repos :**

Poids	Kg
Taille	cm
IMC	
% masse grasse	

Observation :

### **Bilan Cardio-vasculaire de repos**

FC de repos couché :

PA systolique couché : mmHg

PA diastolique couché : mmHg

FC de repos debout :

PA systolique debout : mmHg

PA diastolique debout : mmHg

ECG de repos normal

Oui

Non

Auscultation cardiaque et des gros troncs artériels

Oui

Non

Observation :

### **Bilan Pulmonaire et thoracique**

Observation :

### **Bilan ostéo-articulaire**

Observation :

### **Autres (ORL, Gastro-entérologie, dermatologie, Neurologie)**

Observation :

### Bilan ophtalmologique

Acuité visuelle normale  Oui  Non  
Acuité œil droit :  
Acuité œil gauche :

Correction  Oui  Non

Correction œil droit :  
Correction œil gauche :

Observation :

### Bandelette urinaire

Protéinurie  Oui  Non  
Glycosurie  Oui  Non  
Hématurie  Oui  Non  
Nitrites  Oui  Non

Observation :

### Bilan Alimentaire

Observation :

### Surentraînement

Présence d'anomalie évoquant un surentraînement  Oui  Non

Observation :

### Conclusion :

Aptitude à la pratique :  Apte  
 Apte avec réserve  
 Inapte

Conclusion :