

EXAMEN CLINIQUE (VISITE GENERALE / EXAMEN MEDICAL)

NOM & PRENOM DU SPORTIF :

NE(E) LE :

BILAN CARDIO-VASCULAIRE DE REPOS

	Debout	Couché
FC	mmHg	mmHg
TA diastolique	mmHg	mmHg
TA systolique	mmHg	mmHg

BILAN MORPHO METRIQUE AU REPOS

Poids	Kg
Taille	cm
IMC	
% masse grasse	

Etat des vaccinations :

BILAN PULMONAIRE ET THORACIQUE

Observation :

BILAN OSTEO-ARTICULAIRE (NOTAMMENT CEINTURE SCAPULAIRE ET RACHIS)

Observation :

AUTRES (ORL, GASTRO-ENTEROLOGIE, DERMATOLOGIE, NEUROLOGIE)

Observation :

CONCLUSION

Présence de contre-indication à la poursuite du sport de haut niveau: Oui Non

Demande d'examen complémentaire Oui Non

Nature de l'examen complémentaire :

FAIT A :

PAR :

LE :

(signature et tampon du professionnel)