QUESTIONNAIRE à remplir par les parents de l'enfant de 4 à 7 ans AVANT la consultation et à conserver par le MEDECIN

NOM : Prénom : Sexe : ☐ F ☐ M Né(e) le :

Nombre d'heures tous sports confondus pratiquées par semaine :

Blessures ces deux dernières années :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche

Médicaments pris chaque jour :

Antécédents personnels médicaux :

chirurgicaux :

Antécédents familiaux :

Date de la dernière consultation chez le dentiste :

Sommeil de : h à h

Nombre d'heures par jour devant la télé et jeux vidéo :

Composition du dernier petit déjeuner :

Composition du dernier repas de midi :

Contenus et heures des collations :

Composition du dernier repas du soir :

Quantité d'eau prise par jour :

Prise de compléments alimentaires ou vitamines ? Lesquels ?

Date de la dernière prise d'ampoule de vitamine D :

EXAMEN A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Date : Poids : Taille : IMC :

Douleurs et localisations :

Auscultation cardiaque : Auscultation pulmonaire :

Examen abdominal : Peau :

Examen du rachis : Distance main-sol :

Examen des 4 membres :

Palpation des points d'ossification secondaires :

Acuité visuelle OD : OG :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

CERTIFICAT MEDICAL CATEGORIE U7 BABY
ATHLE DECOUVERTE DE LA MOTRICITE USUELLE POUR LES ENFANTS DE 4 A 7 ANS
PRATIQUE DE L'ATHLETISME HORS COMPETITION

Donner uniquement le certificat médical au Club

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (e) Docteur :

certifie que l'examen clinique ce jour de :

confirme l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l'Athlétisme HORS COMPÉTITION.

Fait à, le

Cachet et Signature du médecin