

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le _____

Discipline : _____

Saison précédente : Nb d'heures par semaine : _____ Nb de séances/ semaine : _____

A compléter par le gymnaste ou ses parents (en laissant les items incompris à remplir avec le médecin)

ATCD Familiaux : (Rayer les éléments si réponse négative, cocher les cases si réponse positive)

Pas de mort subite

Pas de pathologie cardiovasculaire < 50ans

Autres : _____

ATCD personnels : (Rayer les éléments si réponse négative, cocher les cases si réponse positive)

Médicaux : _____ Anaphylaxie
 _____ Asthme
 _____ COVID 19 confirmé

Chirurgicaux : _____

Traumatologiques : _____ Séquelles fonctionnelles
 _____ Pathologie rachidienne
 Précisez : _____

Imagerie du rachis : Rx IRM (si oui, date:.....)

Gynécologie : 1ères règles > 16ans ; cycles irréguliers ; période d'aménorrhée > 3mois ; Douleurs menstruelles ;
 Prise de poids fatigue avant les menstruations ; Fuites urinaires à l'effort (même rares ou minimes)

Traitement actuel :

Pas d'AUT demandé

AUT accepté : Date de fin de validité : _____

En cas de traitement, vérifier si besoin d'AUT
 Aucun

Prise de : Vitamine D (si oui posologie :.....)
 Fer
 autre : _____

Vaccins Obligatoires à jour :

Prise de compléments alimentaires : Oui Non
 Si oui, lesquels : _____

Mode de vie :

Sommeil : deh àh Pas de troubles du sommeil

Cocher si Aucune ou préciser la fréquence si consommation occasionnelle ou régulière :

Consommation	Aucune	Occasionnel	Régulier
Tabagisme			
Cannabis			
Alcool			

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Nom : _____ Prénom : _____ signature

Nom : _____ Prénom : _____

Doléances actuelles :
Aucune

Signes de COVID ou syndrome post COVID

Saison actuelle : Aménagement des entraînements
si oui durée (cumulée) : _____ Motif : _____

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Masse Grasse : _____ %

TA (Droite)	mmHg	FC	bpm
TA (Gauche)	mmHg	Saturation (repos)	%

Examen cardiologique :
Pas de Souffle
Pas de Signes de Marfan

ECG date.....:	Normal <input type="checkbox"/>	Anomalies mineures <input type="checkbox"/>	Anomalies majeures <input type="checkbox"/>	si oui, préciser :
----------------	---------------------------------	---	---	--------------------

Examen de l'appareil locomoteur :

Rachis	Hyperlordose Lombaire <input type="checkbox"/>	Hypercyphose dorsale <input type="checkbox"/>
--------	--	---

Distance main sol.....cm:
Test d'hyperextension du rachis dorso lombaire en décubitus ventral (à 90°): indolore douloureux
Palpation / Testing / Diagnostics / Ex complémentaires demandés

Pas de signe d'ostéochondrose
Pas de signes de tendinopathie
Pas de lyse isthmique connue ou suspectée

Gynécologie : Aménorrhée primaire Date de la ménarche :.....
Fuites urinaires à l'effort (même rares ou minimes) troubles menstruels Contraception Orale Consultation spécialisée souhaitée

Reste de l'examen (Pneumo, abdominal, ORL, Neuro...):

Examens SMR	Questionnaire Surentretien	Evaluation diététique	Vit D (facultatif)	Bilan psychologique	Sérologie COVID
Date					
Anomalie(s)/résultat					

Conclusions : Date :

Signature et cachet :

Tel et E-mail du médecin :

Apte à la poursuite du haut niveau Contre indication Temporaire
Avis réservé sur la poursuite du haut niveau, avis du médecin fédéral demandé
Examens complémentaires demandés

**A compléter et
à télécharger dans votre espace **personnel EliteGym****

CERTIFICAT MEDICAL ELITE

(Rédigé par le médecin du sport après avoir complété le dossier médical dit « élite »)

Je soussigné Dr

Certifie avoir examiné et complété le dossier médical « Elite » de

M. / Mme :

Nom Prénom Date de naissance

L'examen n'a pas révélé de contre indication à la pratique de la gymnastique «Elite» pour la discipline
gymnique suivante :.....

Certificat valable **1 an**, au cours de la saison sportive 2020-2021

Signature du Médecin ayant effectué l'examen médical et établi le dossier médical « ELITE»

Date : Cachet professionnel et Signature :