



## CERTIFICAT MEDICAL 2011/2012

Je, soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

**certifie avoir examiné ce jour**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

date de naissance : \_\_\_\_\_ sexe : masculin  - féminin

**et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique sportive (cocher OBLIGATOIREMENT la ou les discipline(s) pratiquée(s))**

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Activités cyclistes           | <input type="checkbox"/> Ecole du sport labélisée           | <input type="checkbox"/> Jet ski              | <input type="checkbox"/> Ski alpin                     |
| <input type="checkbox"/> APE (Gym. entretien)          | <input type="checkbox"/> Epreuves combinées, canyoning-raïd | <input type="checkbox"/> Jogging              | <input type="checkbox"/> Ski de fond – de randonnée    |
| <input type="checkbox"/> Arts martiaux                 | <input type="checkbox"/> Equitation                         | <input type="checkbox"/> Modélisme            | <input type="checkbox"/> Surf & autres activités neige |
| <input type="checkbox"/> Athlétisme                    | <input type="checkbox"/> Football                           | <input type="checkbox"/> Natation             | <input type="checkbox"/> Tennis                        |
| <input type="checkbox"/> Basket                        | <input type="checkbox"/> Futsal                             | <input type="checkbox"/> Patinage sur glace   | <input type="checkbox"/> Tennis de table               |
| <input type="checkbox"/> Biathlon, duathlon, triathlon | <input type="checkbox"/> Gymnastique artistique             | <input type="checkbox"/> Randonnées pédestres | <input type="checkbox"/> Tir                           |
| <input type="checkbox"/> Canoe-kayak                   | <input type="checkbox"/> Gymnastique Rythmique Sportive     | <input type="checkbox"/> Raquettes neige      | <input type="checkbox"/> Tir à l'arc                   |
| <input type="checkbox"/> Course d'orientation          | <input type="checkbox"/> Golf                               | <input type="checkbox"/> Roller et skate      | <input type="checkbox"/> Trampoline                    |
| <input type="checkbox"/> Course hors stade             | <input type="checkbox"/> Hand-ball                          | <input type="checkbox"/> Rugby                | <input type="checkbox"/> Twirling baton                |
| <input type="checkbox"/> Danse                         | <input type="checkbox"/> Judo                               | <input type="checkbox"/> Sarbacane            | <input type="checkbox"/> Volley-ball                   |
|  |   |   | <input type="checkbox"/> Water-polo                    |
- Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

L'UFOLEP est une fédération MULTISPORTS et la licence ouvre droit à toutes les activités; d'où la nécessité de préciser les contre-indications à certaines pratiques.

J'estime nécessaire une consultation spécialisée en Médecine du Sport : OUI NON

date de l'examen médical : \_\_\_\_\_

signature : \_\_\_\_\_

cachet professionnel

Je, soussigné, Docteur \_\_\_\_\_

Autorise un **simple surclassement** (pratique dans l'année d'âge immédiatement supérieure)

**date de l'examen médical :** \_\_\_\_\_

Remarques :

- Le certificat médical est obligatoire pour la délivrance de la licence.
- TOUT médecin généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat.
- Toutes les cases doivent être renseignées, même négativement (les biffer). Ne pas oublier de dater et signer le certificat
- Le DOUBLE SURCLASSEMENT doit rester exceptionnel et ne peut être délivré que par un médecin du sport



## CERTIFICAT MEDICAL + 40 ans 2011-2012

### Certificat médical d'aptitude pour la pratique en compétition des sportifs âgés de plus de 40 ans

Je, soussigné, Docteur

\_\_\_\_\_

**certifie avoir examiné ce jour**

Nom et Prénom

Adresse

Date de Naissance :

Sexe :

masculin

féminin

Précisez le (ou les sports) pratiqué(s)

Ancienneté dans la pratique

Pratique habituelle :

Reprise d'activités :

(à cocher)

*L'UFOLEP est une fédération MULTISPORTS et la licence ouvre droit à toutes les activités ; d'où la nécessité de préciser les contre-indications à certaines pratiques.*

*Cette liste d'examens , non exhaustive , est confidentielle.*

*Elle est donnée à titre indicatif et ne demande pas à être renseignée, sauf si le médecin le juge nécessaire.*

Antécédents

- médicaux

- familiaux

- chirurgicaux

- sportifs

- allergies et intolérances

EXAMEN CLINIQUE

- taille

- poids

- axe rachidien

- distance doigt-sol

- articulations membre supérieur

- articulations membre inférieur

EXAMEN CARDIO VASCULAIRE de REPOS

- fréquence cardiaque

- TA (mm Hg)

- auscultation cardiaque

- auscultation

EXAMEN PLEURO-PULMONAIRE

- cicatrices – hernies

EXAMEN ABDOMINAL

- avec et sans correction

EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

- estimation de l'audition

EXAMEN ORL

Autres anomalies détectées :



TEST d'APTITUDE à l'EFFORT (indice Ruffier Dickson) laissé à l'appréciation du Médecin Examineur

- 30 flexions de jambes complètes en 45 secondes
- P1 = Pouls juste après l'effort
- Anomalies détectées
- Surveillance tensionnelle à chaque temps
- P2 = Pouls après 1 minute de repos en D Dorsal
- P0 = Pouls repos, Décubitus Dorsal
- Temps de retour au calme (cœur et TA)
- Anomalies détectées

#### VACCINATIONS

- Vérification des vaccinations, DT Polio, Hépatite B, Tuberculose

EXAMENS COMPLEMENTAIRES PROPOSES (laissés au libre choix du médecin examinateur)

- Electrocardiogramme de base ou d'effort
- Bilan Sanguin, urinaire (protéinurie , glycosurie)
- Radiographies de rachis total en charge F, Profil
- Epreuves fonctionnelles respiratoires

**Après cet examen, je n'ai constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique sportive en compétition**

**(cocher la ou les discipline(s) pratiquée(s))**

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Activités cyclistes           | <input type="checkbox"/> Ecole du sport labélisée           | <input type="checkbox"/> Jet ski              | <input type="checkbox"/> Ski alpin                     |
| <input type="checkbox"/> APE (Gym. entretien )         | <input type="checkbox"/> Epreuves combinées, canyoning-raïd | <input type="checkbox"/> Jogging              | <input type="checkbox"/> Ski de fond – de randonnée    |
| <input type="checkbox"/> Arts martiaux                 | <input type="checkbox"/> Equitation                         | <input type="checkbox"/> Modélisme            | <input type="checkbox"/> Surf & autres activités neige |
| <input type="checkbox"/> Athlétisme                    | <input type="checkbox"/> Football                           | <input type="checkbox"/> Natation             | <input type="checkbox"/> Tennis                        |
| <input type="checkbox"/> Basket                        | <input type="checkbox"/> Futsal                             | <input type="checkbox"/> Patinage sur glace   | <input type="checkbox"/> Tennis de table               |
| <input type="checkbox"/> Biathlon, duathlon, triathlon | <input type="checkbox"/> Gymnastique artistique             | <input type="checkbox"/> Randonnées pédestres | <input type="checkbox"/> Tir                           |
| <input type="checkbox"/> Canoe-kayak                   | <input type="checkbox"/> Gymnastique Rythmique Sportive     | <input type="checkbox"/> Raquettes neige      | <input type="checkbox"/> Tir à l'arc                   |
| <input type="checkbox"/> Course d'orientation          | <input type="checkbox"/> Golf                               | <input type="checkbox"/> Roller et skate      | <input type="checkbox"/> Trampoline                    |
| <input type="checkbox"/> Course hors stade             | <input type="checkbox"/> Hand-ball                          | <input type="checkbox"/> Rugby                | <input type="checkbox"/> Twirling baton                |
| <input type="checkbox"/> Danse                         | <input type="checkbox"/> Judo                               | <input type="checkbox"/> Sarbacane            | <input type="checkbox"/> Volley-ball                   |
|  |   |   | <input type="checkbox"/> Water-polo                    |

**Autres (précisez) :** \_\_\_\_\_

Restrictions particulières : \_\_\_\_\_

DATE

SIGNATURE

CACHET PROFESSIONNEL

L'attention du médecin examinateur doit être adaptée à l'âge du patient, au type de sport pratiqué,  
ainsi qu'à la forme de pratique (sportive ou loisirs)



**CERTIFICAT MEDICAL  
2011-2012  
POUR ACTIVITES A RISQUES**

**MOTO, AUTO, QUAD,  
PLONGEE, SPELEO, SPORTS AERIENS, ALPINISME**

Je, soussigné, Docteur

\_\_\_\_\_

**certifie avoir examiné ce jour**

Nom et Prénom

Adresse

Date de Naissance :

Sexe :

masculin

féminin

Précisez le (ou les sports) pratiqué(s)

Ancienneté dans la pratique

Pratique habituelle :

Reprise d'activités :

(à cocher)

**Cette liste d'examens , non exhaustive , est confidentielle.**

**Elle est donnée à titre indicatif et ne demande pas à être renseignée, sauf si le médecin le juge nécessaire.**

Antécédents

- médicaux

- familiaux

- chirurgicaux

- sportifs

- allergies et intolérances

EXAMEN CLINIQUE

- taille

- poids

- axe rachidien

- distance doigt - sol

- articulations membre supérieur

- articulations membre inférieur

EXAMEN CARDIO VASCULAIRE de REPOS

- fréquence cardiaque

- TA (mm Hg)

- auscultation cardiaque

- auscultation

EXAMEN PLEURO-PULMONAIRE

- cicatrices - hernies

EXAMEN ABDOMINAL

- avec et sans correction

EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

- estimation de l'audition

EXAMEN ORL

Autre anomalies détectées :

*suite au verso*



TEST d'APTITUDE à l'EFFORT (indice Ruffier Dickson) laissé à l'appréciation du Médecin Examineur

- 30 flexions de jambes complètes en 45 secondes
- P1 = Pouls juste après l'effort
- Anomalies détectées
- Surveillance tensionnelle à chaque temps
- P2 = Pouls après 1 minute de repos en D Dorsal
- P0 = Pouls repos, Décubitus Dorsal
- Temps de retour au calme (cœur et TA)
- Anomalies détectées

#### VACCINATIONS

- Vérification des vaccinations, DT Polio, Hépatite B, Tuberculose

EXAMENS COMPLEMENTAIRES PROPOSES (laissés au libre choix du médecin examinateur)

- Electrocardiogramme de base ou d'effort
- Bilan Sanguin, urinaire (protéinurie , glycosurie)
- Radiographies de rachis total en charge F, Profil
- Epreuves fonctionnelles respiratoires

Après cet examen, je n'ai constaté aucune contre-indication à la pratique sportive en compétition de :

\_\_\_\_\_

En outre, je n'ai constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique sportive en compétition (cocher la ou les discipline(s) pratiquée(s))

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Activités cyclistes           | <input type="checkbox"/> Ecole du sport labélisée           | <input type="checkbox"/> Jet ski              | <input type="checkbox"/> Ski alpin                     |
| <input type="checkbox"/> APE (Gym. entretien)          | <input type="checkbox"/> Epreuves combinées, canyoning-raid | <input type="checkbox"/> Jogging              | <input type="checkbox"/> Ski de fond – de randonnée    |
| <input type="checkbox"/> Arts martiaux                 | <input type="checkbox"/> Equitation                         | <input type="checkbox"/> Modélisme            | <input type="checkbox"/> Surf & autres activités neige |
| <input type="checkbox"/> Athlétisme                    | <input type="checkbox"/> Football                           | <input type="checkbox"/> Natation             | <input type="checkbox"/> Tennis                        |
| <input type="checkbox"/> Basket                        | <input type="checkbox"/> Futsal                             | <input type="checkbox"/> Patinage sur glace   | <input type="checkbox"/> Tennis de table               |
| <input type="checkbox"/> Biathlon, duathlon, triathlon | <input type="checkbox"/> Gymnastique artistique             | <input type="checkbox"/> Randonnées pédestres | <input type="checkbox"/> Tir                           |
| <input type="checkbox"/> Canoe-kayak                   | <input type="checkbox"/> Gymnastique Rythmique Sportive     | <input type="checkbox"/> Raquettes neige      | <input type="checkbox"/> Tir à l'arc                   |
| <input type="checkbox"/> Course d'orientation          | <input type="checkbox"/> Golf                               | <input type="checkbox"/> Roller et skate      | <input type="checkbox"/> Trampoline                    |
| <input type="checkbox"/> Course hors stade             | <input type="checkbox"/> Hand-ball                          | <input type="checkbox"/> Rugby                | <input type="checkbox"/> Twirling baton                |
| <input type="checkbox"/> Danse                         | <input type="checkbox"/> Judo                               | <input type="checkbox"/> Sarbacane            | <input type="checkbox"/> Volley-ball                   |
|  |   |   | <input type="checkbox"/> Water-polo                    |

**Autres (précisez) :** \_\_\_\_\_

Restrictions particulières : \_\_\_\_\_

DATE

SIGNATURE

CACHET PROFESSIONNEL



**CERTIFICAT MEDICAL  
DE SURCLASSEMENT EXCEPTIONNEL  
2011-2012**

**ATTENTION : CE CERTIFICAT NE PEUT ETRE DELIVRE QUE PAR UN MEDECIN DU SPORT**

surclassement de 2 années

*rayer la mention inutile*

surclassement exceptionnel

Je, soussigné, Docteur :

certifie avoir examiné ce jour : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  masculin  féminin

Sport pratiqué \_\_\_\_\_

Ancienneté dans la pratique \_\_\_\_\_

Pratique habituelle  Reprise d'activités  (à cocher)

**Cette liste d'examens , non exhaustive , est confidentielle.**

**Elle est donnée à titre indicatif et ne demande pas à être renseignée, sauf si le médecin le juge nécessaire.**

Antécédents

- médicaux
- chirurgicaux
- allergies et intolérances
- familiaux
- sportifs

EXAMEN CLINIQUE

- taille
- poids
- axe rachidien
- distance doigt - sol
- articulations membre supérieur
- articulations membre inférieur

EXAMEN CARDIO VASCULAIRE de REPOS

- fréquence cardiaque
- TA (mm Hg)
- auscultation cardiaque

EXAMEN PLEURO-PULMONAIRE

- auscultation

EXAMEN ABDOMINAL

- cicatrices - hernies

EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

- avec et sans correction

EXAMEN ORL

- estimation de l'audition

Autre anomalies détectées :

*suite au verso*



TEST d'APTITUDE à l'EFFORT (indice Ruffier Dickson) laissé à l'appréciation du Médecin Examineur

- 30 flexions de jambes complètes en 45 secondes
- P1 = Pouls juste après l'effort
- Anomalies détectées
- Surveillance tensionnelle à chaque temps
- P2 = Pouls après 1 minute de repos en D Dorsal
- P0 = Pouls repos, Décubitus Dorsal
- Temps de retour au calme (cœur et TA)
- Anomalies détectées

#### VACCINATIONS

- Vérification des vaccinations, DT Polio , Hépatite B, Tuberculose

EXAMENS COMPLEMENTAIRES PROPOSES (laissés au libre choix du médecin examinateur)

- Electrocardiogramme de base ou d'effort
- Bilan Sanguin, urinaire (protéinurie, glycosurie)
- Radiographies de rachis total en charge F, Profil
- Epreuves fonctionnelles respiratoires

Après cet examen, je n'ai constaté aucune contre-indication à la pratique sportive en compétition de :

\_\_\_\_\_

Pour toute autre activité, il pratiquera dans son année d'âge.

Restrictions particulières : \_\_\_\_\_

DATE

SIGNATURE

CACHET PROFESSIONNEL

Ce document devra être accompagné de :

- Accord des parents,
- Avis de l'entraîneur,
- Visa du médecin fédéral UFOLEP (que le Comité obtiendra sur présentation des 3 pièces précédentes).