



## FICHE DE CONSULTATION DE NON CONTRE-INDICATIONS A LA PRATIQUE : LOISIRS, EDUCATIF, ASSAUT

<b>Disciplines</b>					
<b>Pratique éducative</b>	Parcours jeunes	Educatif	Light Assaut	Semi	Autres
MUAY THAI – BOXE THAI					
KICK-BOXING					
FULL CONTACT- BOXE AMERICAINE					
K1 RULES					
CHAUSS FIGHT					
PANCRACE					
BOXE BOJI					
AEROKICK					
CONTACT DEFENSE					

**Ce certificat peut être établi par tout médecin titulaire du diplôme français de docteur en médecine générale.**

### Recommandations à l'attention des médecins

Cher confrère,

Vous êtes amené à examiner un sportif qui désire pratiquer un sport de contact dans la catégorie loisirs ou éducatif.

Cette activité sportive et ludique ne présente pas de caractéristiques particulières.

Il relève de votre seule décision de déterminer les examens complémentaires qu'il vous paraîtra utile de demander pour établir ou non ce certificat.

**Toutes les contre-indications médicales aux sports s'appliquent.**

On peut retenir en particulier les contre-indications médicales suivantes :

- hernie pariétale, éventrations.
- hépatomégalie et/ ou splénomégalie
- antécédents de coma ou de lésions cérébrales
- trouble de l'équilibre
- épilepsie

Concernant les femmes :

Contre-indication temporaire pour les femmes enceintes ou qui allaitent.



## ANTECEDENTS MEDICAUX

À remplir par le postulant avec l'aide éventuelle du médecin consulté

**ANTECEDENTS FAMILIAUX**

\*

\*\*

Cardiaques	Oui	Non		Oui
Neurologiques	Oui	Non		Oui
Psychiatriques	Oui	Non		Oui
Diabète	Oui	Non		Oui
Cholestérol	Oui	Non		Oui
Triglycérides	Oui	Non		Oui
Allergique	Oui	Non		Oui

**ANTECEDENTS PERSONNELS**

Asthme	Oui	Non		Oui
Tuberculose	Oui	Non		Oui
Maladies du cœur palpitations douleurs	Oui	Non		Oui
Maladies des reins et des voies urinaires	Oui	Non		Oui
Appareil génital	Oui	Non		Oui
Diabètes	Oui	Non		Oui
Maladies du sang	Oui	Non		Oui
Transfusion	Oui	Non		Oui
Méningite encéphalite	Oui	Non		Oui
Epilepsie	Oui	Non		Oui
Perte de connaissance	Oui	Non		Oui
maux de tête	Oui	Non		Oui
tremblements troubles de l'équilibre, vertiges	Oui	Non		Oui
traumatisme crânien	Oui	Non		Oui
avec ou sans perte de connaissance précisez				
Antécédents psychiatriques	Oui	Non		Oui
troubles du comportement	Oui	Non		Oui
rhumatisme articulaire aigu	Oui	Non		Oui
maladies vénériennes	Oui	Non		Oui
maladie de la peau	Oui	Non		Oui
réactions allergiques	Oui	Non		Oui
fracture du crâne des vertèbres	Oui	Non		Oui
autres fractures	Oui	Non		Oui
précisez.....				
précisez :				
.....				
.....				
autre maladie ou accident	Oui	Non		Oui
précisez.....				
.....				
.....				
intervention chirurgicale précisez.....	Oui	Non		Oui
.....				
.....				
.....				
traitement médicamenteux régulier	Oui	Non		Oui
précisez.....				
.....				
.....				

Vaccinations : (date) : BCG :..... Tétanos/polio :.....

.....  
 .....

*\*antécédents au moment de la prise de la première licence*

*\*\*antécédents déclarés lors de la prise d'autres licences*



**EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DES  
SPORTS DE CONTACT A L'ENTRAINEMENT EN PRATIQUE EDUCATIVE EN  
LOISIRS ET EN COMPETITION ASSAUT**

**L'âge minimum de pratique des sports de contact est de quatre ans**

**EXAMEN CLINIQUE**

Taille : ..... Poids : ..... IMC : ..... Percentile : ..... (Pour les moins de 18 ans)

- examen morpho-statique : Rachis : ..... MI : .....

MS : .....

Empreintes podologiques : .....

- appareil cardio-vasculaire : FC de repos : ..... TA de repos : .....

Auscultation cardiaque : .....

- examen pulmonaire : .....

- examen ostéo-articulaire : .....

- examen neurologique : .....

- examen stomatologique (denture) : Caries, obturations, dents manquantes, malpositions dentaires : .....

- examen O.R.L. (acuité auditive tympan perméabilité nasale) : .....

- aires ganglionnaires : .....

- examen abdominal (sangle abdominale, orifices herniaires, cicatrices, hépatomégalie, splénomégalie) : .....

- examen génito-urinaire : .....

- examen dermatologique : .....

- examen ophtalmologique : acuité visuelle : ..... Mobilité oculaire : .....

Champ visuel aux doigts : ..... RPM : ..... ROM : .....

Anomalies des annexes : .....



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DES  
SPORTS DE CONTACT A L'ENTRAINEMENT EN PRATIQUE EDUCATIVE EN  
LOISIRS ET EN COMPETITION ASSAUT**

Je soussigné, Docteur .....

Certifie avoir examiné le : .....

*(En lettres capitales)*

*(Date de l'examen)*

Certifie avoir examiné M.....

Né (e) le : .....

Mr/Melle.....

*(Mentionner le nom et prénom)*

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique de l'entraînement, de loisirs et d'assaut en compétition des sports de contact.

Fait à : ..... le : .....

Signature et cachet du médecin